نموذج ترخيص

أنا الطالب: حمودة علي خلفان النقبي أمنح الجامعة الأردنية و/ أو من تفوضه ترخيصاً غير حصري دون مقابل بنشر و / أو استعمال و / أو استغلال و / أو ترجمة و / أو تصوير و / أو إعادة إنتاج بأي طريقة كانت سواء ورقية و / أو إلكترونية أو غير ذلك رسالة الماجستير / الدكتوراه المقدمة من قبلي وعنوانها.

الصحة النفسية والقلق والاكتئاب لدى مجهولي النسب في دولة الامارات العربية المتحدة

وذلك لغايات البحث العلمي و / أو التبادل مع المؤسسات التعليمية والجامعات و / أو لأي غاية أخرى تراها الجامعة الأردنية مناسبة، وأمنح الجامعة الحق بالترخيص للغير بجميع أو بعض ما رخصته لها.

اسم الطالب: حمودة علي خلفان النقبي

التوقيع:

التاريخ: ١٦/١/٢٠١٤م

الصحة النفسية، والقلق والاكتئاب لدى مجهولي النسب في دولة الإمارات العربية المتحدة

إعداد

موزه علي خلفان النعيمي

المشرف

الأستاذ الدكتور يوسف عبد الوهاب أبو حميدان

قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

كانون الثاني، 2014م

قرار لجنة المناقشـــــة

نوقشت هذه الرسالة (الصحة النفسية، والقلق والاكتئاب لدى مجهولي النسب في دولـــة الإمـــارات العربيـــة المتحدة، وأجيزت بتاريخ ٣-/١٢/٢٠١٣م.

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيـــــــــع
الدكتور يوسف عبدالوهاب أبو حميدان، مشرفا أستاذ – التحليل السلوكي التطبيقي	....
الدكتور عياطة ضبعان التوايهـــــه، عضوا أستاذ – علم نفس الجريمة	....
الدكتو أشرف فارس القضاه، عضوا دكتور – علم النفس الأكلينيكي	....
الدكتور فوزي شاكر داود، عضوا أستاذ – علم النفس الأكلينيكي (جامعة عمان الأهلية)	....

الإهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

بعد الصلاة والسلام على أشرف الخلق سيدنا محمد عليه أفضل الصلاة والسلام وعلى آل بيته وصحبه الكرام،،،

أهدي رسالة الماجستير هذه إلى من أفتخر بأن يكون أسمي مرتبط باسمه، إلى من رباني وعلمني وأوصلني إلى ما أنا عليه الآن، وزرع في حب العلم والاجتهاد والعمل، إلى من كنت أحلم بأن أرجع إليه حاملة معي شهادتي في يدي ليأخذني بحضنه ويبارك لي، ولكن التراب احتضنه قبل أن يفرح لفرحي، لوالدي الساكن في قلبي.. رحمة الله وأسكنه فسيح جناته.

كما أهدي رسالتي هذه إلى أمي منبع حبي، سندي، وظهري الذي يجعلني أقف بكل شموخ أواجه الحياة وقسوتها، إلى من أرضعتني الحب و الأمل والارادة والقوة، وتركتني اقف بكل شموخ اجابه تيارات الحياه بكل بأس وتحدي. وأنا أري في عينيها نظرات الام الحنونه التي تخفي خوفها على ابنتها لتتركها تجابه الحياه لتكمل مسيرتها بكل ثقة واصرار. إليك يا أمي أهدي رسالتي.. وأملي من الله أن تظلي راضية علي فحلمي يقبع تحت قدميك.

إلى أخواني وأخواتي فهم (وزراء من أهلي أشد بهم أزري).

إلى كل من وقف خلفي يساندني ويرفع من معنوياتي ويدعوا لي من كل قلبه بالنجاح والتوفيق.

الشكر والتقدير

الحمد لله الذي انعم علينا من نعمة العقل وعلى ما هدانا من واسع علمه وفضله وتوفيقه، لا يسعني وأنا انهي هذا الجهد البسيط المتواضع إلى أن أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى مشرفي الاستاذ الدكتور يوسف ابو حميدان على ما بذله من جهد ووقت لابداء النصح والمشورة والدعم لاتمام هذه الرسالة، كما أتقدم بجزيل الشكر إلى أعضاء لجنة التحكيم والمناقشة المتمثلين بالدكتور عباطة ظاهر، والدكتور أشرف القضاة والدكتور فوزي طعيمة.

كما أتوجه بالشكر إلى من تابع بجهد عظيم الاستبيانات، الموظفة المسئولة في تطوير البرامج الاستاذه نوره الشحي، في دار زايد للرعاية الاسرية.

كما لا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى الاستاذه مجد الشامي، لوقوفها جنبا إلى جنب معي في اتمام رسالتي وابداء النصح والمشوره لي.

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

الصحة النفسية، والقلق والاكتئاب لدى مجهولي النسب في دولة الإمارات العربية المتحدة

إعداد

موزة علي خلفان النعيمي

المشرف

الأستاذ الدكتور يوسف عبد الوهاب ابو حميدان

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستويات القلق، والاكتئاب والصحة النفسية لدى مجهولي النسب في دولة الامارات العربية المتحدة، وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية والمتمثلة بالجنس (النوع الاجتماعي).

تكونت عينة الدراسة من (73) فرد من مجهولي النسب والمقيمين في دار زايد للرعاية الأسرية في إمارة أبو ظبي (أبوظبي والعين). وتم تطبيق قائمة بيك للاكتئاب، واختبار سمة القلق لسبيلبيرغر، ومقياس الصحة النفسية العامة. تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتكرارات واختبار (T-Test) للإجابة عن أسئلة الدراسة.

توصلت الدراسة إلى وجود مستويات من القلق والاكتئاب لدى افراد العينة حيث بلغت نسبة الافراد الذين يعانون من الاكتئاب (المتوسط الى الشديد) (28.7%) والافراد الذين يعانون من مستويات (متوسطة الى مرتفعة) من القلق (61.6%). اما فيما يتعلق بالصحة النفسية فقد بلغت نسبة الأفراد الذين يعانون من مستويات منخفضة من الصحة النفسية (1.4%).أما فيما يتعلق بالأبعاد الفرعية لمقياس الصحة النفسية، فقد بلغت نسبة الأفراد الذين يعانون من مستويات منخفضة من الصحة النفسية لبعد الصحة النفسجسمية (6.9%) وبعد التحرر من القلق والأرق (19.2%)، وبعد فاعلية الوظائف الاجتماعية (16.4%) وبعد التحرر من الاكتئاب الشديد(8.2%). وتم التوصل الى أيجاد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية تبعا لمتغير الجنس لصالح (الذكور)، وتم ايجاد فروق دالة احصائيا بين الذكور والإناث على بعد التحرر من القلق والأرق لصالح (الذكور) وبعد فاعلية الوظائف الاجتماعية لصالح (الذكور)

وبعد التحرر من الاكتئاب الشديد لصالح (الإناث).أما فيما يتعلق بـــالقلق والاكتئـــاب فلـــم يـــتم التوصل الى فروق دالة احصائيا بين الذكور والإناث.

وختاماً توصى الدراسة الحالية بضرورة إجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بمجهـــولي النسب في دولة الامارات العربية المتحدة والتي تتناول متغيرات الدراسة الحالية والمزيـــد مـــن المتغيرات المتصلة.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

المقدمة

تعتبر صحة الإنسان النفسية من المظاهر الأساسية والهامة في بناء شخصيته وطريقة تفاعله مع المجتمع الخارجي. فخبرة الفرد عبر مراحل الحياة التي يمر بها الإنسان ودرجة تكيفه مع الأوضاع الاجتماعية والنفسية التي يمر بها تساهم في تكوين شخصيته.

وبذلك فهو بحاجة منذ الطفولة إلى من يهتم به ويرعاه الرعاية الصحيحة من جميع النواحي (الجسدية والاجتماعية والنفسية). وهنا تكمن أهمية وجود الأسرة في توجيه الطفل ورعايته وصقل شخصيته و دعمه نفسيا. ويعاني الأشخاص الذين فقدوا جو الأسرة والرعاية من تأثير ذلك على صحتهم النفسية، حتى مع وجود من يقدم لهم الرعاية البديلة سواء كانت هذه الرعاية عن طريق المؤسسات الإنسانية أو الأسر البديلة، وهذا هو حال الأشخاص (مجهولي النسب) الذين يودعون ويربون في مراكز الرعاية منذ الطفولة وحتى أثناء سير حياتهم المستقبلية.

إن غياب الأسرة الحقيقية للشخص تؤثر على مدى تكيفه وصحته النفسية في المجتمع، وقد يساهم ذلك في خلق القلق والاكتئاب أثناء مراحل نموه. وتؤثر الصحة النفسية على مستوى التكيف لديهم مستقبلا وخصوصا بعد خروجهم من دور الرعاية وانتقالهم للإعتماد على أنفسهم. حيث تعتبر التربية والتنشئة التي يكتسبوها أساسا مهما يساعدهم على النجاح في الحياة. إن إخفاق تحقيق مراكز دور الرعاية لأهداف التنشئة السليمة من شأنه أن يؤثر على الصحة النفسية لهم ولذلك قد يترتب على ذلك حدوث بعض الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب وسوء التكيف.

ولقد قدم لنا علماء النفس تعريفات متعددة للصحة النفسية، فلقد عرفها اركسون بأنها جهدا لا شعوريا نحو تكامل خبرة الفرد وشخصيته والحفاظ على تماسكه مع صحة المجتمع الذي يعيش فيه ومثلها وقيمها العليا. وعرفها ميلر على أنها الصفات التي يمكن ملاحظتها على الشخص وتعرفها على نفسه وعلى الآخرين. أما راسموسين فعرف الصحة النفسية بأنها تركيب لصورة الذات وتتم من خلال تفاعله مع المجتمع. (الربابعه، 1994).

مشكلة الدراسة

هناك تساؤل مهم حول ما تقدمه مراكز ودور الايتام في دولة الإمارات العربية المتحـــدة في مدى مساعدة الأشخاص مجهولي النسب في تحسين مستوى الصحة النفسية ومساعدتهم على تجاوز ومواجهة الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب ولذلك ستحاول هذه الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية.

أسئلة الدراسة

1. هل يعاني مجهولي النسب من القلق؟
2. هل يعاني مجهولي النسب من الاكتئاب؟
3. ما هو مستوى الصحة النفسية لديهم؟
4. هل يوجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى الصحة النفسية؟
5. هل يوجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى القلق؟
6. هل يوجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى الاكتئاب؟

أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تبحث عن مستوى الصحة النفــسية عنــد الأشــخاص مجهولي النسب وتقيس مستوى درجة القلق والاكتئاب والصحة النفسية لديهم.

وتبرز أهمية هذه الدراسة كذلك من خلال ما يلي:

1. محاولة تعويض النقص ومعالجته بالنسبة للدراسات المتعلقة بالصحة النفسية في العـــالم العربي، فلدى القيام بعملية استطلاع في غالبية الدوريات والمكتبات ومواقع الإنترنـــت وجدت أن الأبحاث التي درست الصحة النفسية قليلة لدى الأشخاص مجهولي النسب.
2. أنها من الدراسات القليلة التي تجري على مستوى دولة الإمـــارات علـــى الأشــخاص مجهولي النسب.
3. أنها تعطي مؤشرات على مدى فاعلية دور هذه المؤسسات من خلال معرفـــة مـــستوى الصحة النفسية والقلق والاكتئاب لدى هذه الفئة.
4. تزويد المختصين في الشؤون الأسرية، والاجتماعية، والتربوية والـــصحية بمعلومـــات تساعدهم على توجيه الأسر نحو أنماط التنشئة الأسرية الأكثر ملائمة لنمـــو مجهـــولي النسب.

حدود الدراسة

تقتصر الدراسة الحالية على مجهولي النسب في دولة الإمارات العربية المتحدة.

التعريفات النظرية والإجرائية

الصحة النفسية: هو توافق الافراد مع أنفسهم ومع من يحيطـونهم بفعاليـة وشـعورهم بالرضا والقدرة على تقبل الحياة ومتطلباتها ويحقق فيها الفرد مستوى عال مـن النجـاح فـي التعامل مع البيئة الإجتماعية والشعور الأدنى من القلق.(Bernard , 1970)

كما عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه حالة من الراحة الجسمية والنفـسية والاجتماعيـة وليست الخلو من المرض. (Southard,Curts and Ross)

ويعرف اجرائيا: بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الصحة النفسية.

القلق: هو عبارة عن انفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والاستقرار مـع الاحـساس بالتوتر والشد والخوف غير المبرر وهو استجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطرا من الأسـاس ويستجيب لها الفرد بطريقة مبالغ فيها. (Speilberger , 1983)

ويعرف اجرائيا: بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد على اختبار سبيلبيرجر لحالة القلق.

الاكتئاب: يرى بيك أن الاكتئاب حالة اضطراب انفعالي تتميز بتدني مزاج الفرد، وظهور تغيرات نفسية مثل الإحساس بالوحدة والانطواء والأرق، وتغيرات جسمية كتغير وزن الجـسم والخمول (Beck, 1980).

ويعرف اجرائيا: بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس بيك للاكتئاب.

محددات لدراسة

اقتصرت الدراسة الحالية على عينة من مجهولي النسب المقيمين في دار زايـد للرعايـة الأسرية في دولة الامارات العربية المتحدة، مما يصعب تعميم النتائج على بقية دور الرعاية.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: الاطار النظري

يعتبر عبد الحليم (2000) الإهتمام بالطفل مطلبا أساسيا لتنمية المجتمعات، فالأطفال هم صناع المستقبل وهم رجالها ونسائها وعماد المجتمع، ولتحقيق هذا المطلب يجب الاهتمام بحق الطفل في الرعاية والتربية السليمة وفقا لما أقرته الأديان السماوية والتشريعات الدولية. وهذا المطلب لا يكون إلا عن طريق تربية الطفل تربية أسرية سليمة وتوفير سبل الراحة والرفاهية لينمو سليما بدنيا واجتماعيا ونفسيا.

ومن هنا يتبين لنا أهمية دور الأسرة، فالطفل الذي ينشأ محروما من الوالدين يفقد المميزات التي يكسبها طفل آخر نشأ في جو أسري طبيعي، وإن مشكلة الأطفال مجهولي النسب تعد من المشاكل الاجتماعية التي توجد في دور الأيتام والجمعيات الخيرية والتي تضم عدد كبير من اللقطاء مجهولي الوالدين. هؤلاء الأطفال في حاجة إلى من يساعدهم على مواجهة صعوبات الحياة ويؤهلهم ويربيهم التربية الصالحة ويعوضهم فقدان الجو الاسري ويوظفهم لخدمة المجتمع وإلا فإنهم سيتعرضون لمشاكل نفسية واجتماعية كثيرة (عبدالحليم، 2000).

ولأن اللقيط يستحق منا أن نتعامل معه كما نتعامل مع أي انسان آخر ونحترم مشاعره ونعوض عليه فقدان والديه ، لذلك يجب أن يفوض أمر هذا الطفل إلى أشخاص يكونون مؤهلين ويتمتعون بشخصية ذات ثبات ويتميزون بشعور ايجابي ومتفائل ولديهم الرغبة الحقيقية في التعامل مع الأطفال وتربيتهم والتعايش معهم لكي يشعر هذا الطفل بالراحة والسلام والطمأنينة. (عبدالحليم، 2000).

ولقد وفرت حكومة دولة الامارات مؤسسات خاصة لرعاية الأطفال الذين لم تسنح لهم الفرصة للإنخراط بالأسر البديلة مؤسسات رعاية اجتماعية مثل مؤسسة زايد العليا للرعاية الإنسانية وذوي الاحتياجات الخاصة (التي تم أخذ العينة منها) ومؤسسة الشيخ خليفة بن زايد الخيرية، مراكز إيواء النساء والأطفال في أبوظبي والشارقة ورأس الخيمة، و مؤسسة آل مكتوم الخيرية، مؤسسة دبي لرعاية النساء والاطفال وغيرها من المؤسسات التي تقدم الرعاية النفسية والصحية والاجتماعية والتعليمية لهذه الفئة من الاطفال.

وبحسب الإحصاء الذي قدمته وزارة الشؤون الاجتماعية للاعانة الشهرية ل144 مجهول النسب والتي قدرت قيمتها بسبعة ملايين و 592 الف درهم إضافة الى الخدمات التي يقدمها

الضمان الاجتماعي ومؤسسة زايد العليا للرعاية الانسانية وذوي الاحتياجات الخاصة وغيرهـــا من المؤسسات. ولا تتوافر أي معلومات حول وجود الية شكاوي الأطفال الذين يعيشون في هذه المؤسسات للرعاية البديلة أو الأخذ بأراء الأطفال في الحسبان بالنسبة للقرارات التـــي تتعلــق بوضعهم في أماكن الرعاية، كما لا تتوافر معلومات حول عدد المراجعات الصحية الدورية التي يخضعون لها في هذه المؤسسات.(فريق عمل محور حماية الطفل، 2010)

تعريف مجهول النسب او اللقيط

لقد عرف البعلبكي (2003) بأن مجهول النسب هو المولود من أبوين لا تــرتبط بيــنهم رابطة زواج.

كما يرى عبد الرزاق (1999) بأن اللقيط الماخوذ والمرفوع لانه يؤخذ فيرفع فكان تسميته لقيطا. وهو المولود الذي نبذه أهله خوفا من تهمة الزنا.

القوانين الإتحادية في دولة الامارات لضمان حقوق مجهولي النسب

أما فيما يختص بالقوانين الاتحادية في دولة الامارات وضمانا لحق حماية هؤلاء الأطفال لتسير حياتهم بشكل آمن قامت وزارة الشؤون الاجتماعية بإعداد مشروع قانوني اتحادي لــسنة 2009 في شأن رعاية الاطفال مجهولي النسب وإعداد مسودة نظام الكفالة العائليــة لمجهــولي النسب ومن في حكمهم. أما فيما يتعلق بالقوانين المحلية فنص القانون المحلي الصادر عن إمارة الشارقة بأن دائرة الخدمات الاجتماعية بالإمارة هي الجهة المختصة والمسئولة عن كل ما يتعلق بالأطفال المحرومين من الرعاية الاجتماعية مع مراعاة اختصاصات اللجنة ولا يجوز لاي جهة إتخاذ اجراء بشأن حضانة الأطفال المحرومين من الرعاية الاجتماعية إلا بموافقة الدائرة كتابيا تطبيقا لاحكام هذا القانون كما أعتبر القانون كل شخص يعثر على طفل مجهول الأبــوين بعــد صدور هذا القانون ويرفض تسليمه إلى أقرب مستشفى أو مركز شرطة أو لا يمتثل لما تقــرره اللجنة بخصوص رعايته ارتكب جرما ويعاقب بالحبس أو الغرامة. كما قامت وزارة الــشؤون الاجتماعية بتطوير مشروع قانوني إتحادي لسنه 2009 في شأن رعاية الأطفال مجهولي النسب بهدف تنظيم رعايتهم في الدولة وتوفير الرعاية الــصحية والنفــسية والاجتماعيــة والتعليميــة والترفيهية وتهيئه الظروف لنموهم الطبيعي وذلك من خلال انشاء دور رعاية أو تأهيــل أســر حاضنه لهم.

ولقد بينت الاحصاءات الحديثة التي صدرت في دراسة لادارة الحماية الاجتماعيــة فــي وزارة الشؤون الاجتماعية في دولة الإمارات أن عدد مجهولي نسب الأب يبلغ 141 طفلا، أما بالنسبة عدد مجهولي الوالدين 733 طفلا، كما أن عدد الأطفال في الأسر الحاضنه بلــغ عــدد

436 فيما يوجد أطفال آخرون في دور الرعاية، كما أوضحت الإحصائية عن 154 طفل مجهول النسب قد تم الإبلاغ عنهم في مراكز شرطة الدولة في الإمارات السبعة على مدار خمس سنوات (2004-2009). (تحليل وضع الاطفال في دولة الامارات، 2010)

الصحة النفسية وتعريفها

هناك تعاريف عديدة ومتنوعة ظهرت في ميدان الصحة النفسية وخصوصا إن علم الصحة النفسية يتعامل مع السمات المميزة لحالات السواء وعدم السواء ويتعامل مع السلوك، وعوامل الصحة النفسية ومدى انحرافها ومايتبع ذلك في مدى التكيف.

ويعتبر العالم ادولف ماير أول من استعمل مصطلح الصحة النفسية. واستخدم مصطلح الصحة النفسية ليشير إلى نمو السلوك الشخصي والاجتماعي والوقاية من الاضطرابات النفسية، وقام بتعريف الصحة المفسية بأنها: تكيف الشخص مع العالم الخارجي بطريقة تشعره بالرضا ويستطيع مواجهة جميع مشاكله.

أما بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية فهي عرفت الصحة النفسية على أنها حالة من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية وليست الخلو من الأمراض. (الداهري، 2005).

معايير الصحة النفسية

يرى الداهري (2005) أن هناك معايير تساعدنا في الفصل بين السلوك السوي والغير سوي، ومن هذه المعايير:

1-المعيار الشخصي أو الذاتي: ويعتبر هذا المعيار من المعايير الحديثة حيث يعتمد على التقرير الذاتي للفرد، فاذا ما كان الفرد راض عن حياته ولا يوجد ما يعكر صفو حياته فإننا نعتبره شخص سوي. أما إذا كان الفرد يشعر بالإحباط أو الخوف ويكون سلوكه شاذ فإنه بحاجة إلى مساعدة نتيجة وجود اضطراب في شخصيته. ولكن هذا المعيار لا يعتد به ، فالشخص الذي يسرق أو يقتل أو الشخص الشاذ جنسيا يكون سعيدا بتصرفه ولايعتبره سلوك شاذا بالنسبة للشخص نفسه ولكن المجتمع يراه سلوكا منحرفا.

2-المعيار الاجتماعي: إن لكل مجتمع ثقافته الخاصة ومعاييره الاجتماعية حيث تحكم الفرد ويلتزمون بها، وإذا ما خرج عنها الفرد فإن سلوكه يعتبر شاذا وغير سوي. لكن هذا المعيار تعرض للإنتقادات حيث أن المجتمع قد يتعرض إلى ثقافات أجنبية غربية قد تكون شاذة على أفراد المجتمع، وهذا ما يحدث في المجتمعات الصناعية حيث يعيش فيها جماعات مختلفة

ومتنوعه المعايير الثقافية عن معايير المجتمع الموجودين فيه، ولابد أن يكون هناك اتفاق على المعايير السلوكية السائدة في ثقافة المجتمع لكي نضع مقياس للصحة النفسية لذلك لا يوجد اجماع على مفهوم واحد فقط للصحة النفسية نتيجة تنوع ثقافات المجتمعات.

3-المعيار التلاؤمي: يعتبر سلوك الفرد مقبولا إذا ما تلائم مع المجتمع الذي يعيش فيه، أما إذا خرج سلوكه عن هذه المعايير فإن سلوكه يعتبر شاذا ومرضيا، ومن هذا المعيار يتحدد سلوك الفرد السوي والغير سوي، ومساعدة الفرد لتحقيق ذاته وتنمية شخصيته من خلال إدراكه لنفسه. ولكن يواجه هذا المعيار أيضا انتقادات منها أن الفرد الذي يشعر بالنقص ويسعى ويكافح من أجل التفوق يشعره بالضغوط الذي ربما يؤدي به إلى الشذوذ.

4-المعيار الإحصائي: إن أي سمة نريد أن نقيسها سوف تخضع للتوزيع المنحنى الاعتدالي (المنحنى الجرسي) وإن أغلبية الأفراد يقعون في متوسط المنحنى بينما الأفراد الشاذيين فيقعون في جانبي المنحنى ويشكلون العدد الأقل. إن هذا المعيار غير ثابت ويختلف من مجتمع لمجتمع آخر، فكل ثقافة تحكم سلوك الأفراد داخل المجتمع وتختلف هذه المعايير من مجتمع لمجتمع لذلك نجد من الصعوبة الاعتماد على هذا المعيار في تحديد السلوك من ناحية السواء أو غير السواء(شحاتة،1992).

من خلال ماسبق من المعايير التي ذكرت فإنه من الصعب اختيار معيار واحد لتحديد السلوك إن كان سوي أو غير سوي وذلك لان كل معيار يعتمد على بعض المتغيرات بالاضافة إلى اختلاف الحدود الثقافية من مجتمع لاخر.

إضطرابات الصحة النفسية التي تصيب الأفراد

1- القلق الدائم : وهو نوع من أنواع القلق غير المبرر الذي يستمر لفترة طويلة،والذي يشعر الفرد فيه بالخوف والقلق من أمر لا يدعو للقلق ولكنه يزول مع الوقت، أما إذا استمر هذا القلق لفترة طويلة فيعتبر علامة من علامات القلق.

2-الشعور بالاكتئاب: هي حالة من العزلة والانطواء يمر بها الفرد مع عدم شعوره بالسعادة، وكلنا نمر بهذه الحالة في حياتنا ولكن إذا لم يستطع الفرد أن يتجاوزها فإنه يصبح بحاجة إلى علاج.

3-ظهور أعراض جسدية ذات أسباب نفسية: هي شكوى من اوجاع جسدية وهمية مثل الشعور بالصداع، وهذه الاوجاع الجسمية تسبب لصاحبها الألم الحقيقي على الرغم من تأكيد الأطباء على عدم وجود سبب عضوي لها.

4-عدم الثبات الانفعالي: وهو تغير في الحالة المزاجية للفرد، حيث يظهر الحزن مكان السرور وعدم الاكتراث في مواقف تتطلب منه الإهتمام، وكثيرا ما يلاحظ الأفراد الآخرون المحيطون بالفرد هذا التقلب بالمزاج قبل الفرد نفسه. (القذافي،2011).

معوقات تحقيق الصحة النفسية

يرى رضوان (2002) أن تحقيق الصحة النفسية يكون من خلال سعي الإنسان إلى التوازن ومواجهة أي عقبة قد تؤدي إلى عرقلة الصحة النفسية، وهو بهذا يسعى إلى التكيف من خلال العوامل الداخلية والعوامل البيئية الخارجية ويحقق التكيف ومن ثم تتحقق لديه الصحة النفسية، وحيث أن الانسان لا يستطيع أن يحافظ على هذا التوازن في كل لحظة من لحظات حياته سواء بسبب الظروف الداخلية أو الخارجية فإنه لا يستطيع تحقيق الصحة النفسية، فالأزمات والإرهاق والصراعات ونمط شخصيته قد تؤدي إلى الضرر في صحته النفسية، ولابد أن نأخذ بعين الإعتبار نوعية المشاكل التي تواجههم واختلاف قدراتهم في مواجهتها.

إن الصحة النفسية والضرر الذي يصيب الأفراد بها قد تختلف من حيث الشدة والديمومة ومدى تأثيرها على الفرد والمجتمع، ويجب العلم أنه ليس هناك انسان محصن من المعاناة النفسية، ولا يوجد إلا قليل فقط من الأسر التي لا يوجد من أفرادها من يعانون من القلق والاكتئاب أو مشكلات سلوكية أو تعاطي عقاقير أو فصام أو خرف أو أي نوع من أنواع الاضطرابات النفسية.

مقدمة عن القلق

يعتبر القلق من المشاعر الطبيعية التي تولد مع الانسان، ويظهر القلق لديه في المواقف التي يرى الفرد فيها أنها مهددة له ويشعر بالإنزعاج والضيق، ويرى العلماء أن هذا القلق هو شكل طبيعي من ردود الأفعال المتجذرة بيولوجيا، فهي تظهر بطريقة منتظمة في مراحل نمونا، فهي تظهر عند الأطفال حين يخافون من الأشخاص الغرباء ويسمى هذا الخوف (قلق الغرباء). فالقلق حالة طبيعية يمر بها جميع البشر وقليل من المواقف في حياتنا لا تثير القلق. وقد أظهر علم نفس التعلم أن الخبرات غير السارة والمخيفة في ظروف معينة قد تؤدي إلى تجنب الانسان

للمواقف المشابهة لها. ويعتبر القلق أو الخوف مفيد لانه يعطي إنذارا سريعا ولا شعوري، فمثلا عندما يقطع الفرد الشارع ويسمع صوت منبه السيارة القادمة تجاهه فإنه يقفز سريعا إلى الجهة الأخرى فينقذ حياته، ولكن عندما يتجاوز القلق حدا معينا يصبح ضرره أكثر من فائدته فيصبح القلق مقيدا لتفكيرنا وسلوكنا وتركيزنا وانجازنا.(رضوان، 2002).

تعريف القلق

لقد عرف سبيلبيرغر القلق على أنه انفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والاستقرار والاحساس بالتوتر الشديد بدون مبرر لهذا الخوف، واستجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطرا من الأساس، (Speilberger,1983).

وعرف Hilgard (1971) القلق على أنه حالة ترقب أو توقع الشر أو عدم الراحة والاستقرار والتي ترتبط بالشعور بالخوف، ويؤكد أن موضوع القلق أقل تحديدا من موضوع الخوف وبذلك فهو حالة توقع خطر غامض.

أما Sarsoan (1970) فقد عرف القلق على أنه شعور غير سار وغامض ومليء بالخوف والخشية وتوقع الشر، والشخص الذي يصدر منه استجابة قلق حاد لا يكون لديه وعي بأعراضه، ويظهر عليه مجموعة من الأعراض مثل زيادة ضربات القلب، ضيق التنفس، الإسهال، فقدان الشهية، الشعور بالدوخة وزيادة إفراز العرق والتبول المتكرر والرعشة.

كما عرف بعض علماء النفس القلق على أنه خوف غامض لا يكون استجابة لموضوع أو منبه معين، فالأفراد يبدون مشاعر الخوف من أسباب غير معروفة. وهناك فريق آخر من العلماء وخصوصا السلوكيين أو ذوي التوجة الاجتماعي يرون أن القلق عبارة عن مشاعر غامضة من الخوف تستثار لدى أفراد في موقف معين في حين أنها لا تستثار لدى أفراد أخرين في نفس الموقف. (الرشيدي واخرون، 2000)

ولقد عرف رضوان (2002) القلق على أنه ردة فعل الفرد على فقدان شيء يملكه ويرغب في الإحتفاظ به كالصحة والممتلكات المادية والحرية الشخصية، أو يكون خوفه من الفشل الواقعي حيث أنه يرغب في تحقيق هدف جذاب بالنسبة له ويحاول الوصول إليه ولكنه يفشل في أثناء ذلك.

مظاهر القلق:

هناك ثلاث مظاهر للقلق مرتبطة مع بعضها البعض وهي:

1-المظهر الجسدي للقلق: وتتمثل في سرعة دقات القلب وتوتر العضلات والعرق.

2-المظهر الذهني والانفعالي: وتتمثل في الخوف من فقد السيطرة والموت.

3-المظهر السلوكي: وتتمثل في تجنب المواقف أو الهرب.

المكونات الأساسية لظاهرة القلق

يرى الرشيدي وآخرون (2001) في السلسله التشخيصية للاضطرابات النفسية أن هناك مكونات أساسية لظاهرة القلق وهي عبارة عن:

1-المشاعر الذاتية للخوف. وهو ما يصفه الفرد من مشاعر، ويمكن أن نطلق عليه التقرير الذاتي للقلق، ومن هذه المشاعر الهم والاكتئاب والشعور بالإرتباك وضعف القدرة على التفكير والخوف من الخطر المرتقب والضغط والتوتر، كما تتضمن إدراك الفرد للتغيرات الفيزيولوجيه والجسمية كأن يقرر مثلا أن معدته مصابة بتقلصات شديدة وأن عضلاته متوتره.

2-المكونات الفيزيولوجية للقلق: وهي عدد من الاستجابات الجسمية التي ترتبط بالقلق والتي يمكن كشفها ب (جهاز كشف الكذب) وتتضمن أعراض قلبية وعائية مثل سرعة ضربات القلب وأعراض تنفسية وارتفاع ضغط الدم والغثيان والإسهال والتعرق، وليس بالضرورة أن الفرد المصاب بالقلق يعاني من كل هذه الأعراض فقد تظهر لديه بعض الأعراض دون الآخرى.

3-الدلائل السلوكية للقلق: هناك دلائل كثيرة تشير إلى أن الفرد مصاب بالقلق ويمكننا ملاحظتها مثل كثرة التعرق وارتجاف اليدين أو الصوت المرتجف، على الرغم من أن هذه الدلائل قد تعزى إلى أمر آخر مثل قلة النوم أو الجوع أو تعاطي الامفيتامينات. حيث قام العلماء السلوكيين بإبراز نمطين سلوكيين يتعلقان بالقلق وهما السلوك الإحجامي والسلوك الهروبي، بالنسبة للسلوك الإحجامي فهو تجنب المواقف التي تستدعي القلق لديه، أما الهروبي كأن يحضر الفرد إلى حفلة مثلا ولكنه سرعان ما يتركها ويهرب لانه يشعر بالقلق أو عدم الارتياح.

أنواع القلق:

هناك عدة أنواع للقلق كما صنفتها الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (APA,2000) وهي:

1. اضطراب الهلع غير المصاحب بأجورافوبيا (رهاب الأماكن المفتوحة) Panic Disorder Without Agoraphobia
2. اضطراب الهلع المصاحب بأجورافوبيا (رهاب الاماكن المفتوحة) Panic Disorder With Agoraphobia
3. أجورافوبيا بدون تاريخ مرضي لاضطراب الهلع Agoraphobia without History of Panic disorder
4. الرهاب المحدد Specific Phobia (سابقا الرهاب البسيط Simple Phobia)
5. الرهاب الاجتماعي (اضطراب القلق الإجتماعي) Social Phobia
6. اضطراب الوسواس القهري Obsessive-Compulsive Disorder
7. اضطراب الضغوط التالية للصدمة Post-Traumatic Stress Disorder
8. اضطراب الضغوط الحاد Acute Stress Disorder
9. اضطراب القلق العام (يشمل اضطراب فرط القلق في مرحلة الطفولة) Generalized Anxiety Disorder
10. اضطراب قلق ناتج عن مرض جسمي.
11. اضطراب قلق ناتج عن تعاطي مواد.

معايير تشخيص القلق العام:

تشمل معايير القلق كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (APA,2000) المعايير التالية:

1. قلق وهم زائدان حول عدد من الظروف مثل العمل أو المدرسة ويحدث لمدة 6 اشهر على الاقل في أغلب الأيام.

2. يجد الشخص صعوبة في السيطرة على قلقه.
3. يقترن القلق على عدة أعراض منها عدم الاستقرار، سرعة الشعور بالتعب، صعوبة التركيز أو الإستيعاب، التوتر العضلي، اضطراب النوم.
4. يؤدي القلق أو الهم أو الأعراض الجسمية إلى كرب دال اكلينيكيا أو اختلال في الأداء الإجتماعي او المهني او الوظائف المهمة الأخرى.
5. لا يكون الاضطراب نتيجة تأثير فسيولوجي مباشر (دواء أو عقار إدماني) أو نتيجة مرض جسمي عام مثل (زيادة نشاط الغدة الدرقية).

النظريات المفسرة للقلق

هناك العديد من النظريات التي حاولت تفسير اضطراب القلق وأسبابه ونعرض منها:

1-النظرية النفسية الدينامية: يرى الرشيدي وآخرون(2001) أن النظريات النفسية الدينامية قدمت تفسيرات مهمة في القلق بل أن النظريات الاخرى استمدت وتطورت في تفسيرها للقلق من النظريات النفسية الدينامية. ولقد بدأ فرويد في نظريته المبكرة عن عصاب القلق وتكونه، بأنه ينشأ عن تحول فيزيولوجي المباشر للطاقة الغريزية (الطاقه الليبدية) إلى أعراض جسمية للقلق دون توسيط الأليات النفسية، وإن هذا القلق ينشأ عن تحفيزات غريزية. ولقد عدل فرويد من مفهومه للقلق لاحقا واحتفظ بنظرته الأساسية للقلق على أنها تنشأ عن طاقة جنسية، وخضعت نظريته لتحول كبير في إطار نظريته البنيوية للعقل، فهي تنظيم للجهاز النفسي على أساس 3 أنظمة (الهي – الانا – الانا العليا)، فوصف القلق على أنه انفعال ينتمي إلى الانا وإن الخطر ينبع من الصراع النفسي الداخلي بين (الهي) الحوافز الغريزية وبين التحديات التي تفرضها (الانا العليا) ومطالب الواقع الخارجي. ومن هنا يتضح من تفسير القلق عن فرويد بأن الصراع الذي يسبب القلق يحدث في المستوى اللاشعوري، وهذا يفسر عدم وعينا بأسباب القلق. لذلك تفسر الطبعة اللاشعورية للصراع لماذا يبدو القلق انه لا عقلاني.

وهناك عاملان يؤثران في مستوى القلق، أولها: درجة الصراع الذي يحدث داخل شخصية الفرد وتتحدد بالمعايير التي يقررها الانا الاعلى، فاذا كانت الانا العليا صارمة فان الصراع يكون شديد وبالتالي يكون الشخص قلقا جدا، وإذا كانت الانا العليا معتدلة في الصرامة فإن القلق يكون أقل. ثانيا: فاعلية ألية الدفاع التي تجنبنا الصراع، فالفرد الذي تكون الانا العليا عنده عالية وتجنبه التورط في المحرمات مثلا فإنه يلجأ إلى خفض الصراع عن طريق قيامه

بأنشطة رياضية أو فنية، وسمي هذا النموذج الذي استخدمه فرويد بالنموذج الصراع النفسي الداخلي للقلق.

وعلى الرغم من أن نظرية التحليل النفسي قدمت إسهامات كثيرة إلا أنها لم تفسر الأشكال الكثيرة من القلق مثل الوسواس القهري والرهاب، ولسد هذا النقص في عدم القدرة على التنبؤ بالفئات النوعية للقلق، قامت هذه النظرية بتقديم التفسير التالي: إن الأشخاص الذين يعانون صراعا لا شعوريا ولديهم الإستعداد العصبي للهلع يصابون بنوبة هلع، والأشخاص الذين ليس لديهم استعداد عصبي للهلع فان إصابتهم للقلق تكون اخف.

مع تطور النظرية النفسية الدينامية أبرز أصحابها أشكالا مختلفة من القلق، ومنها: قلق الإبادة، قلق الإضطهاد، قلق الإنفصال والقلق من فقدان حب الآخرين وقلق الإخصاء وقلق الهي وقلق الانا العليا، وأبدوا مزيدا من الإهتمام في نظريات التعلق وقلق الإنفصال في الطفولة وأثره في تطور اضطرابات القلق (Holmes,1994).

2-**النظرية السلوكية:** يرى الرشيدي وآخرون (2001) إن نظرية التعلم أو النظرية السلوكية قد قدمت تفسيرات أصبحت لها مكانه في فهم اضطراب القلق، حيث تعتمد هذه النظرية على الإشراط التقليدي والإشراط الإجرائي، حيث تستند هذه النظرية إلى الإشراط التقليدي في تفسيرها لتطور القلق. والإشراط الإجرائي في تفسيرها للأعراض المتنوعة للسلوك المتعلق بالقلق. فيعتبر السلوكيين أن القلق استجابة خوف متعلمة عن طريق الاشراط التقليدي، فمثلا الفرد الذي تعرض لموقف باعث للخوف من المصعد يصبح لديه خوف من استخدام المصعد أو أن يكون بجواره، وقد يعمم منبهات اخرى مشابهة لنفس المنبه الأصلي فيصبح الفرد المصاب برهاب المصاعد لديه خوف من الأماكن المغلقة أو الضيقة.

فالقلق الرهابي في ضوء نظرية التعلم هو استجابة إشراطية مكتسبة من خلال اقتران الموضوع الرهابي بخبرة مليئة بالقلق، حيث أنه في بداية الأمر تؤدي الخبرة الباعثة للقلق استجابة غير شرطية للضيق والخوف وإذا ما تعرض الشخص بشكل متكرر لهذه الخبرة الباعثة للقلق فإنه عن طريق الإشراط التجاوري يؤدي منظر الموضوع الرهابي مستدعي لاستجابة القلق، وإحجامه عن هذا الموضوع الرهابي يمنع القلق ويخفضه. لذلك يكون خفض القلق عن طريق خفض الموضوع المحفز له.

3-النظرية المعرفية: إن للنظريات المعرفية تأثير كبير في علاج الرهاب والقلق واضطرابات الهلع الاجتماعي وخصوصا في العقدين الاخريين، حيث إن هذه النظرية تركز على الحساسية الكبيرة لدى الأشخاص الذين يعانون من القلق، فهؤلاء الأشخاص المصابون بالقلق يفسرون الخبرات التي يمرون بها بطريقة مهددة مما يؤدي إلى تفاقم القلق وتطور الأعراض مما يؤدي إلى مزيد من القلق. وترتكز التفسيرات المعرفية لاضطراب القلق على عدد من المفاهيم التي تؤكد أن الاشخاص لديهم مشكلات في معالجة المعلومات المتعلقة بالتهديد. ويفسر المعرفيون أن القلق يحدث للأشخاص الذين ينتبهون للتهديدات التي تحيط بهم بطريقة انتقائية، أو حينما يتذكرون التهديدات التي مرت عليهم بطريقة انتقائية، أو حينما يفسرون المواقف التي تكون بالأساس مواقف محايدة على أنها مواقف مهددة لهم – أي أنها سوء تفسير، أو حينما يتوقعون أن أمرا سيئا سيحدث لهم.

إن الانتباه الإنتقائي أو التذكر الإنتقائي للتهديدات التي حدثت للأشخاص سابقا كثيرا ما يتفاعلان ويؤديان إلى اضطراب الأداء المعرفي، فقد يشوهان نظرة الفرد مما يؤدي إلى القلق بالتالي يشتتهم عن أداء المهام الأخرى، فمثلا الشخص الذي يعاني من (قلق الإختبار) يكون أدائه ضعيف في الإمتحان لأن تفكيره مشتت بافكار ومشاعر الفشل. كما يتصف الاشخاص الذين يعانون من القلق بأنهم يسيئون تفسير المواقف المحايدة ويعتبرونها مواقف مهددة لهم وسوء التفسير هذا يطور القلق لديهم، كما أن التوقعات الخاطئة تؤدي إلى القلق ففي حالات يبدي فيها الأشخاص قلقا لا يكون مناسبا وغير مبرر وذلك لانهم يتوقعون بطريقة غير صحيحة موقفا مهددا لهم، وكثيرا ما يفسر الباحثون نوبة الهلع على أنها ناتجة عن سوء التفسير والتوقعات الخاطئة (Butler,1989).

4-النظرية الفيزيولوجية: على الرغم من أن الباحثين اعتبروا أن اضطرابات القلق ناتجة عن الصراعات أو المعرفة الخاطئة أو أنه نفسي، إلا أن هناك باحثون آخرون قدموا الادلة على أن القلق أساسه فيزيولوجي ودعموا هذه النظرة بالأدلة على فاعلية بعض العقاقير في علاج القلق وخصوصا (الفاليوم) و (الديازيبام)، و السؤال هنا هل هذه الأدوية المخفضة للقلق توضح لنا أن القلق أساسه فيزيولوجي أم أنها مساندة للعلاج النفسي ؟. وتستند هذه النظريات الفيزيولوجية في تفسيرها لاضطراب القلق المعمم واضطراب الهلع إلى وجود نشاط عصبي زائد في منطقة الدماغ يكون مسئولا عن الاستثارة، وهذه الاستثارة هي القلق عند الفرد، ويعتقد أن النشاط العصبي الزائد يعزى إلى أن الخلايا العصبية المثبطة لا تؤدي وظيفتها بشكل مناسب.

لذلك هناك افتراض على وجود أساس فيزيولوجي نوعي لاضطراب القلق المعمم واضطراب الهلع.

وبالرغم من وجود أدلة على وجود أساس فيزيولوجي أو وراثي لاضطراب القلق إلا أنها ليست كافية لتفسير القلق وتطوره ولابد من أن نضع في الاعتبار العوامل الاخرى التي تفسر القلق ولا يجب الإعتماد على تفسير دون الآخر.الرشيدي وآخرون،(2001).

مقدمة عن الإكتئاب

إن للإكتئاب أهمية كبيرة لكل شخص يعمل في مجال الصحة النفسية وذلك لأن الاكتئاب يعتبر من أكثر الأمراض التي تؤثر في المعاناة الانسانية من الأمراض الأخرى ويعتبر ثاني مرض بعد الفصام خطورة في الاضطرابات النفسية، وثاني الأمراض من حيث دخول الأفراد به إلى المستشفيات أو العيادات النفسية، أما معدل انتشار الاكتئاب خارج المستشفيات حوالي 5 مرات أكثر من الفصام، ومن أهمية الاكتئاب أنه قد يتطور ليصبح اضطرابا مؤديا الى الموت، حيث أن حوالي 50% من الذين أقدموا على الانتحار كان تشخيصهم الأولي على انه حالات عانت من الاكتئاب. أما التأثير الإقتصادي للاكتئاب وفقا لما قدرته الولايات المتحدة الامريكية فشملت تكاليف العلاج (التكاليف المباشرة) والتكاليف بسبب انخفاض الإنتاجية بسبب المرض أو الموت (غير مباشرة) في الثمانينات قدرت التكاليف المالية السنوية للاكتئاب 16.3 بليون دولار وفي التسعينات أرتفعت لتصل إلى 43.7 بليون دولار. وفي الواقع أن الاكتئاب ظاهرة مرضية محيرة بسبب بعض التناقضات التي تثير الدهشة، فقد تكون صورة الشخص عن ذاته مغايرة للواقع، فرجل دين مثلا يتمتع بسمعة طيبة يحاول قتل نفسة لأنه يعتبر نفسة من أكثر الاشخاص خطأ، وامرأة جميلة تذهب إلى طبيبي تجميل لإجراء جراحة تجميلية لانها تشعر بالكآبة بسبب قبحها (الرشيدي، 2000).

تعريف الاكتئاب

عرف ماكلين (2003) الاكتئاب على أنه كل شي يدور حول كيف يشعر الأشخاص الذين يعانون من حالة الاكتئاب وكيف يؤثر على أمزجتهم وقدراتهم العقلية ومواقفهم وطريقتهم في النظر إلى الناس والأشياء وإلى أنفسهم.

يرى بيك أن الاكتئاب حالة اضطراب انفعالي تتميز بتدني مزاج الفرد، وظهور تغيرات نفسية مثل الإحساس بالوحدة والإنطواء والأرق، وتغيرات جسمية كتغير وزن الجسم والخمول (Beck, 1980).

أعراض الاكتئاب

يتضمن الاكتئاب كما اشار اليه الرشيدي وآخرون (2000) في سلسلته التشخيصية للاضطرابات النفسية _الاكتئاب واضطرابات المزاج، عدة اشكال تتراوح ما بين المنخفض والوقتي أو العابر، وبين مظهر اكلينيكي يتسم في شدته وطول مدته التي تختلف بشكل ملحوظ عن المعيار العادي أو السوي وتتحدد معالمه في أربع معالم وهي:

1. المزاج: ويكون فيه الشخص ذا مزاج كئيب وحزين ومنقبض ومهموم وسريع الاثارة ومتهيج.
2. المعرفة: يكون فاقد الاهتمام بالاشياء ولديه أفكار سلبيه وشعور بالذنب كما لديه هلاوس وهذاءات وافكار انتحارية.
3. السلوك: يكون لديه اهتياج نفسي الحركي والبط النفسي الحركي، وانسحاب اجتماعي ورغبه بالبكاء والاعتمادية.
4. المعالم الجسمية: أرق وتعب وزياده أو نقصان في الشهية واضطراب في الجهاز الهضمي ونقص في الطاقة الجنسية.

كما أن هناك عدد من الأعراض التي تميز الاشخاص المكتئبين عن غيرهم كما أوضحها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA,2000)، وهذه الأعراض هي:

1. وجود خمسة أو أكثر من الأعراض، تظهر خلال اسبوعين، وهي تمثل تغيرا عن أدائه الوظيفي السابق، على أن يكون واحد على الأقل من هذه الأعراض هي إما المزاج المكتئب أو فقدان الشغف واللذة، وهذه الأعراض هي:
2. مزاج مكتئب في معظم اليوم، وهذا يتبين أما من ملاحظه المريض على نفسه، أو من ملاحظة الآخرين له.
3. نقص في الإهتمام أو الإستمتاع بكل الأنشطه أو معظمها كل يوم تقريبا.

4. نقص في الوزن دون اللجوء لاتباع حمية، أو زيادة كبيرة في الوزن، مع نقص أو زيادة في الشهية بالاكل.
5. إما أرق أو نوم مفرط كل يوم.
6. الشعور بالتعب وفقدان الطاقة تقريبا كل يوم.
7. الإحساس بالذنب المفرط أو الإحساس بعدم الاهمية وانعدام القيمة.
8. قلة القدرة على التركيز والتفكيروالتردد بشكل يومي.
9. التفكير المتكرر في الموت والإنتحار دون وجود أي خطة محدده للإنتحار.
10. التهيج أو التأخر النفسحركي كما يلاحظه الآخرون عليه.
11. تؤدي هذه الأعراض إلى الإختلال في الإداء المهني والإجتماعي وفي جميع الوظائف المهمة لهم.
12. هذه الأعراض ليست نتيجة لتأثير الأدوية أو عقاقير إدمانية أو نقص نشاط الغدة الدرقية.
13. لا يمكن أن نعلل هذه الأعراض على أنها فقد عزيز (ثكلا) لانها تستمر لمده تتجاوز الشهرين وتتسم بإنشغال المرضى بالتفكير الإنتحاري وإنعدام القيمة والعجز بالأداء الوظيفي.

الشكاوي الأساسية للمكتئبين

لقد أوضح Beck (1967) أن شكاوي مرضى الاكتئاب وما يعبرون عنه يساهم في تشخيص حالتهم بالاكتئاب، وفي بعض الأحيان تعكس شكواهم اضطرابا جسميا، لذلك على الإختصاصي أن يكون ماهرا في توجيه أسئلته خلال المقابله لكي يقرر ما إذا كان المريض مصاب باضطراب جسمي او اضطراب الاكتئاب، و للشكوى الخاصة بهؤلاء المرضى عدة أنماط وهي:

1. حالة إنفعالية غير سارة.
2. إتجاهات متغيرة نحو الحياة.
3. أعراض جسمية تتصل بالاكتئاب.
4. أعراض جسمية لا تتصل بالاكتئاب.

كما أستعرض بيك في نتائج دراسته التي قام بها إلى تحليل الشكاوي الاساسية لحالات اضطراب الهوس –الاكتئاب وتبين أن شكواهم الرئيسية انقسمت إلى:

1. شكاوي نفسية 58% مثل(أنا مكتئب)، (أخاف أن أكون وحدي)...وغيرها
2. شكاوي طبية موضعية 18% مثل (رأسي ثقيل) (صداع) (ألم بالمعدة).. وغيرها.
3. شكاوي طبية معممة 11% مثل (أنا متعب) (ارتعش مثل الورقة)..وغيرها
4. شكاوي طبية ونفسية 2% مثل (صرت أخاف من الموت) (لا استطيع أن أتنفس)
5. شكاوي طبية عامة 2 % مثل (أتنفس بصعوبة واشعر بالألم في كل جسمي)(لا استطيع أن أعمل).. وغيرها
6. لا توجد معلومات 9%.

النظريات المفسرة للاكتئاب

1–النظرية النفسية: لقد قدم ابراهام سنة 1911 وهو تلميذ فرويد أول تفسير للاكتئاب، حيث عزا الاكتئاب إلى كبت الغرائز، مما ينجم عنه عدوان متحول إلى الداخل. ولقد وسع فرويد من تفسيره للاكتئاب ووصفه على أنه تحول الإنفعالات إلى داخل الفرد وبذلك يكون الاكتئاب عدوان على الذات، ويعزي كلا من فرويد وابراهام الاكتئاب إلى أنه نتيجة لفقد شخص عزيز، ويفسر الشخص المكتئب هذا الفقدان على أنه رفض، مما يشعره بالغضب، فالشخص المفقود لهم هو بالأصل مصدر الحب، وفقدانه يجعلهم يحولون غضب فقدانه على داخلهم وتتطور لديهم مشاعر العجز وعدم القيمة والاحساس بالذنب (Jefferson,1994)

فرويد يرى أن بداية الاكتئاب ترجع إلى الطفولة، حيث أنه في هذه السنوات الأولى للطفل يرتبط بانفعالات قوية بالآخرين، وإن الشخص المكتئب قد يفقد في طفولته شخصا عزيزا عليه، وإذا لم يستطع هذا الطفل استبدال هذا الفقدان فإنه لاشعوريا يتوحد مع الشخص الذي فقده وتسمى هذه العملية ب (الاستدماج)، حيث أنه يصبح نفسيا هو الشخص المفقود، مما يؤدي إلى تحول غضبه إلى نفسه ويلوم نفسه بسبب هذا الفقدان (الغضب المتحول إلى الداخل) كما عرفه فرويد.

من النتائج التي توصل اليها Spits(1946) ان الطفل في العاميين الأوليين إذا تعرض للحرمان الأمومي بسبب غياب الأم أو فقدانها يصاب بالاكتئاب الذي سماه ب (الاكتئاب الكفلي)

وتظهر لديه عدة اعراض منها قلة الحركة وضعف الإنتباه بالأمور التي تجري من حوله وتكون لديه نظرة غير معبرة.

2-النظرية السلوكية: إن هذه النظرية تقدم تفسيرين للاكتئاب. الأولى أن الاكتئاب ينشأ عن إنخفاض الإثابة أو أرتفاع في العقاب أو عن الإثنين مع بعض، فالأشخاص المكتئبين حينما يتعرضون لنفس مقدار الإثابة أو العقاب الذي تعرض له غير المكتئبين فإنهم يعتقدون أنهم تعرضوا لاثابة أقل وعقاب أكبرعلى الرغم من أن الثواب والعقاب الذي تعرض له الجميع متساوي، وهذا يعني أن المكتئبين ينظرون للإثابة الأقل والعقاب الأكبر بطريقة غير صحيحة وغير موجوده بالفعل، وهذه الظاهرة لسلوكهم توضح مدى إنعدام الكفاءة الإجتماعية لهم ونقص فاعليتهم في حل المشكلات الاجتماعية مما يجعلهم أكثر بغضا في حياتهم، ولا ينطوي هذا على ردة فعلهم تجاه الاخرين في الثواب والعقاب فحتى على المستوى الشخصي فهم يعطون أنفسهم اثابات أقل وعقاب أكبر لما يقومون به من مهام، فهم بالتالي يحصلون على الثواب الاقل والعقاب الاكبر من بيئتهم ومن أنفسهم (Holmes,1994).

أما التفسير الثاني فهو أن الاكتئاب متعلم، وخصوصا اذا كانت أعراض الاكتئاب تؤدي إلى تعاطف الآخرين ودعمهم لهم، فهذا السلوك الاكتئابي قد يستمر لأن هناك ثواب يحصل عليه المكتئب من رعاية واهتمام ودعم من الآخرين، وهذا الاهتمام يدعم صورتهم عن أنفسهم بانهم عاجزين ولايستطيعون الإعتماد على أنفسهم مما يزيد من نسبة الاكتئاب لديهم.

3-النظرية المعرفية: تفسر هذة النظرية الاكتئاب على أساسين:

1-التفسير الأول هو أن المكتئب يركز على الجانب السلبي في حياته، حيث قدم بيك في نظريته عن الاكتئاب، أن لدى الشخص المكتئب معرفة سلبية عن ذاته فهو يركز على عيوبه الشخصية والقصور لديه، ويفترض بيك أن الخلل يكمن في المعرفة السلبية، وأن مزاج المكتئب هو نتيجة هذا الخلل المعرفي.

أن الاشخاص المكتئبين يستبعدون المعلومات الإيجابية عن حياتهم ويبقون المعلومات السلبية بطريقة انتقائية، حيث يفترض بيك أن هذا المخطط الذهني يتطور في الطفولة وذلك بسبب كثرة إنتقاد الوالدين له أو بسبب الحوادث السالبة التي حدثت له، بالتالي فانه في مرحلة الرشد يكون قد تأثر بما حدث له سابقا والتي أثرت سلبا في حياته، فيشعر بانه بلا قيمة وغير كفء ويرى المستقبل مليء بالفشل وان الحياة مليئة بالكوارث، فالشخص المكتئب يفسر الاحداث الذي يتعرض لها بطريقة سالبة.

ان الاسلوب المعرفي الاكتئابي كما سماه بيك يعتبر سببا لظهور الاكتئاب والانتكاسة في العلاج، حيث يرى بيك أن المخططات المعرفية هي تراكيب ثابته تنظم معرفة الشخص المكتئب وتوجه إدراكه للمعلومات وتخزنها وتستدعيها، وان المخطط المعرفي السلبي يكون كامن في الفرد في فترة تحسنه من الأعراض الإكتئابيه ويكون سببا في النوبة الاكتئابية.

إن المكتئبين يقومون بربط الذكريات التي تتعلق بالاكتئاب ويحفظونها في الذاكره لديهم، وبسبب ما لديهم من ذاكره اكتئابية فانهم ينتبهون للعوامل الباعثة على الاكتئاب من حولهم ويقومون باستخدام الإنتباه الإنتقائي للمنبهات، بالتالي يتدعم الاكتئاب لديهم أكثر وينغمر الشخص بالذكريات الاكتئابية، فهم بذلك يستدعون دائما الأسباب القديمة لاكتئابهم.

2-أما التفسير الثاني الذي طرحته النظرية المعرفية في تفسير الاكتئاب هو أن الفرد حينما يشعر أنه غير قادر على التحكم في الأمور السيئة التي تحدث في حياته فهذا يؤدي به إلى الاكتئاب، وهذا ما يسمى ب(العجز المتعلم) فالخبرات السابقة التي يمر بها الشخص ويكون فيها عاجز عن السيطرة والتحكم فانه يستسلم لها ويتقبلها مكتئبا، وهذا العجز المتعلم قد يؤدي إلى اطالة مدة الاكتئاب، ويرجع السبب في ذلك بأن الشخص حينما يشعر بأنه غير قادر على المواجهة وعاجز ومكتئب بالتالي فإنه لا يقوم باي محاولة للتغلب على المشاكل التي تواجهه ومن ثم الشعور بالاكتئاب (الرشيدي وآخرون، 2000)

ثانياً: الدراسات السابقة

قام Abdulbaghi & Kirmanj (1996) بدراسة بعنوان: التطور الاجتماعي والعاطفي للأيتام في دور الأيتام والحضانة التقليدية في كردستان العراق. حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على وضع الأيتام والتنمية في العراق وتم أخذ العينة من دور حضانة الأيتام التقليدي ودور الأيتام الحديثة، وأستمرت متابعة حالة الأيتام لمدة عام، ثم تم فحص سلوك الأطفال واضطراب ما بعد الصدمة عندهم، وأظهرت نتائج الاختبار تحسن في علامات الكفاءة في كلتا العينتين. أما بالنسبة لاضطرابات ما بعد الصدمة فإن عينة دور الأيتام أعطت درجة أعلى من أطفال دور الرعاية.

وفي دراسة أجراها Lee et al (2002) بعنوان: العائلات والأيتام والأطفال تحت الضغط في زيمبابوي. وهدفت هذه الدراسة إلى تقييم برنامج يدعى(التركيز) في زيمبابوي للعائلات والأيتام والأطفال تحت الضغط، وعمل هذا البرنامج هو توفير الدعم لحوالي 6500 طفل يعيشون في 2000 أسرة. ولقد تم التحقق من هذا البرنامج ووجد أنه تم تحقيقه لأهداف وغايات البرنامج وتناول حقوق الأطفال والإعتراف باحتياجاتهم النفسية والاجتماعية والوقائية والحماية من الإعتداءات الجنسية.

وفي دراسة أخرى لـ Thurman et al (2008) بعنوان: العوائق التي تحول دون دعم المجتمع للأيتام والشباب المعرضين للخطر في رواندا. وهدفت هذه الدراسة إلى استخدام عدة أساليب لمعرفة العوائق التي تحول دون رعاية الأيتام والشباب من الفئات الضعيفة على المستوي المحلي للمجتمع، وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن المجتمع تصور سلوك اليتيم مما أدى إلى تهميشهم لهم، كما أوضحت الأدلة أيضا أن المساعدات الإنسانية التي تستهدف هذه الفئة من الشباب والأيتام قد سببت دون قصد إلى تخفيف دعم المجتمع لهم وتهميشهم.

أما دراسة Kumakech et al (2009) بعنوان: تدخل دعم مجموعة الأقران يحسن من الرفاه النفسي لأيتام الايدز. هدفت هذه الدراسة إلى تقييم الآثار المترتبة على تدخل دعم الأقران في المدارس مع تقييم الصحة الجسدية المستمرة والعلاج النفسي والاجتماعي للأيتام في مقاطعة مبررا في جنوب أوغندا. حيث كانت العينة تتكون من 326 من الأيتام المصابين بالايدز وأعمارهم تتراوح من 10-15 سنة. وأظهرت النتائج إلى أن تدخل مجموعة الأقران يؤدي إلى تحسن كبير في تخفيض الضغط النفسي وخصوصا في الاكتئاب والغضب والقلق، ولكن لا يظهر نتائج في تحسن في مفهوم الذات لدى الأيتام، وأوصوا بضرورة إدراج دعم مجموعة الأقران في برامج الصحة المدرسية.

هناك دراسة أخرى Wood et al (2006) وهي بعنوان: قول الحقيقة هي أفضل شي: تجارب الأيتام في سن المراهقة ومرض ووفاة الوالدين المرتبطة بالايدز في زيمبابوي. ركزت هذه الدراسة على الأطفال والمراهقين الذين عانوا من موت الوالدين بالايدز في 6 مواقع في زيمبابوي، ونتائج هذه الدراسة التي توصلت لها أن هؤلاء المراهقين الذين تيتموا جراء موت الوالدين بالايدز أو الأقارب الآخرين في الأسرة أو مقدمي الرعاية لهم، أنهم غير مجهزين لتحديد أو إدارة المحنة بشكل إيجابي، وتقترح هذه الدراسة خلق بيئة جيدة للأيتام والمراهقين وذلك عن طريق المعلمين ومقدمي الرعاية لهم وضرورة التعامل مع القضايا العاطفية المتعلقة بفقدان الأيتام للوالدين، لأنها قضية مهملة.

دراسة أخرى قدمها Abebe & Aase (2007) بعنوان: الأطفال والايدز وسياسة رعاية الأيتام في إثيوبيا: إعادة النظر في الأسرة الكبيرة. ترى هذه الدراسة أن الارتفاع في عدد الأيتام بسبب تفشي وباء فيروس نقص المناعة يترك الأسر في أثيوبيا مع مشاكل تتعلق برعاية الطفل، وإن تقديم الدعم والتدخل يكون مناسبا للأيتام، وتضمنت هذه الدراسة إجراء المقابلات مع الأيتام الذين بلغ عددهم 42 يتيم، وملاحظتهم من قبل 12 أخصائي اجتماعي، و 18 من أرباب الأسر، ومناقشات وجلسات مع الأيتام بلغت 8 جلسات ومع كبار السن وقادة المجتمع 6 جلسات وكتابة القصة من قبل الأطفال في الصفوف المدرسية. وتقوم هذه الدراسة على استكشاف المقايضات وطرق الرعاية لليتيم ضمن الأسر في أثيوبيا. وهي ترى أن هناك اختلاف وفجوة كبيرة بين الريف والمدن في تلبية احتياجات اليتيم، وتختلف أيضا من حيث القيم الاجتماعية والثقافية المرتبطة بالأطفال، وتلخص هذه الدراسة أن التدخل في رعاية اليتيم تمر بسلسلة من الملامح للأسر وخصوصا الأسر الكبيرة، وهي التمزق والتكيف والأسرة القادرة والأسرة الوقتية.

هناك دراسة أيضا ل Zapata et al (2013) بعنوان: سوء المعاملة للأيتام الشباب تجعلهم عرضة للحمل وخطر الانتحار. وتهدف هذه الدراسة لتقدير مدى الإساءة لأيتام ومؤشر الإنتحار بين الأيتام والشباب، ولقد تم عمل مقابلات ل 293 من الشباب الذين تتراوح أعمارهم من 16-23 عاما وهم أيتام ويعيشون بدون رعاية أسرية في سان بطرسبرج، روسيا، وتم فحص عوامل الخطورة عندهم كالتفكير بالإنتحار والضعف الإجتماعي والجنسي وتعاطي المخدرات والإعتداءات الجسدية والجنسية خلال فترة الطفولة، ومن نتائج هذه الدراسة تبين أن معدل انتشار سوء المعاملة عند الإناث أعلى منه عند الذكور سواء كان هذا الإيذاء جسدي أو اعتداء جنسي، والتفكير الانتحاري عند الإناث مرتبط بالاعتداء الجسدي، وارتباط الاعتداء الجنسي مع التفكير الإنتحاري للذكور، وأظهرت النتائج أيضا عوامل خطورة قوية وهي عدم وجود أي شخص يمكن أن يلجئون له طلبا للمساعدة، وعدم وجود نشاطات غير صفية لهم.

وفي دراسة لياسر (2010) حول: فاعلية برنامج تدريبي في تغيير البنى المعرفية ومركز الضبط وخفض الاكتئاب لدى الأيتام في الأردن. وهدفت هذه الدراسة لقياس مدى فاعلية البرنامج التدريبي في خفض الاكتئاب لدى الأيتام وتغيير البنى المعرفية لديهم. وتتكون العينة من 31 يتيما وتم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، ولقد استخدمت الباحثة مقياس روتر كمركز الضبط الداخلي ومقياس بيك للاكتئاب واستبانة يونغ للبنى المعرفية. ومن نتائج هذه الدراسة اتضح أن هناك فروق في القياس البعدي على مقياس البنى المعرفية في مجال الإنفصال والرفض، حيث النتيجة كانت ايجابية وعالية عند المجموعة التجريبية في الحرمان العاطفي وعدم الثقة والعزلة والنقص. وفي مجال الاستقلالية فكانت هناك دلالة إحصائية واضحة، ومن النتائج أيضا وجود فرق في الدلالة الإحصائية لصالح المجموعة التجريبية في مقياس الاكتئاب.

وفي دراسة أجرتها السردية (2002) بعنوان: المشكلات السلوكية لدى أطفال دور رعاية الأيتام من وجهة نظر معلميهم. وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المشكلات السلوكية عند الأطفال في دور الأيتام سواء كانت هذه المشكلات سلوكية (مدرسية وإجتماعية ونفسية). حيث طبقت هذه الدراسة على 60 يتيم في 3 دور رعاية الأيتام. ومن نتائج هذه الدراسة هي أنها رتبت المشكلات التي يعاني منها اليتيم حيث كانت أكثر المشكلات هي المشكلات النفسية تليها الاجتماعية وأخيرا المشكلات المدرسية، وبالنسبة للجنس فالذكور لديهم مشكلات مدرسية واجتماعية أكثر من المشكلات النفسية. كما يوجد فروق إحصائية تعزى لمدة الإقامة في دور الأيتام، حيث أن الأطفال الأقل إقامة في دور الأيتام تقل لديهم المشكلات المشكلات المدرسية والنفسية.

دراسة أخرى أجرتها ميخائيل (1989–1990) بعنوان: دراسة مقارنة القلق لدى الطفل في الأسرة البديلة والطفل في الأسرة العادية في سن المدرسة الابتدائية (9–12 سنة). حيث هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة القلق عند الأطفال بالأسر العادية مع الأطفال في الأسر البديلة حيث تألفت عينة الدراسة من 40 طفل : (20) طفل في الأسر العادية و (20) طفل في الأسر البديلة، واستخدمت الباحثة اختبار روجز لدراسة شخصية الطفل واستمارة لقياس المستوى الإقتصادي والإجتماعي واختبار رسم المنزل والشجرة. ومن نتائج هذه الدراسة لوحظ وجود اختلاف في درجة القلق عند المجموعتين لصالح الطفل الذي يعيش في الأسرة البديلة، كما لوحظ وجود اختلاف في القلق عند المجموعتين نتيجة الإختلاف في المستوى الإقتصادي والإجتماعي.

قام كل من Fawzy & Fouad (2010) بإجراء دراسة بعنوان الحـالات الإنفعاليـة والتطورية لدى الأطفال في دور الأيتام.وهدفت الدراسة إلى تحديـد الاضـطرابات الانفعاليـة والتطورية لدى أطفال دور الأيتام في إمارة الشارقة، وتكونت العينة من (294) طفل من أربع دور لرعاية الايتام تراوحت أعمارهم بين (6-12) عام من كلا الجنـسين. وتـم تقيـيم كـل المشاركين نفسيا باستخدام قائمة اكتئاب الأطفال، ومقياس القلـق الواضـح للطفـل، ومقيـاس روسينبرج لتقدير الذات. توصلت الدراسة إلى أن نسبة الاكتئاب لدى الأطفـال كانـت (21%) والقلق (45%) وتدني تقدير الذات (23%). كما وجد الباحثون إرتفاع معدلات الإضـطرابات الإنفعالية والتطورية لدى الأطفال في دور رعاية الأيتام وإرتباطـه بالخـصائص الإجتماعيـة الديموغرافية لديهم.

كما اجرى Cluver et al (2008) بعنوان: الفقر والصحة النفسية لدى الأطفال الأيتام بسبب الايدز في مدينة كيب تاون، جنوب أفريقيا. هدفت الدراسة إلى اختبار الإرتباط بين حالة اليتم بسبب الايدز، والفقر والمشكلات النفسية المتضمنة(قلق، اكتئاب، إضطراب ما بعد الصدمة ، الضغط، مشكلات الأخوة، ومشكلات سلوكية) لدى الأطفال والمراهقين في كيب تاون. تكونت العينة من 1025 يتيم والذين أكملو استبانات مناسبة للثقافة. توصلت الدراسة إلى أن الأطفـال الأيتام يعانون من مستويات أعلى من الاكتئاب، ومشكلات الأخوة، وإضطراب مابعد الـصدمة النفسية.

وقام Doku (2012) بدراسة تحت عنوان: الـصحة النفـسية لـدى الأطفـل الأيتـام والمستضعفين داخل سياق الايدز في غانا. هدفت الدراسة إلى بحث الإرتباط بين اليتم وإصـابة الوالدين بالايدز والصحة النفسية لدى الأطفال في غانا. قام الباحث بإجراء مقابلات كميـة مـع 291 طفل تتراوح أعمارهم بين 10-18، إضافة إلى مقابلة مقدمي الرعاية للاطفال الذين فقدوا والديهم لأسباب اخرى وتم استخدام اختبار (ت) وANOVA. توصلت الدراسة إلى أن الأطفال الذين فقدو والديهم بسبب الايدز كانت لديهم نسب أعلى من الاكتئاب، وتـدني تقـدير الـذات، ومشاكل الاخوة، والنشاط الزائد. إضافة إلى معاناة هؤلاء الأطفال مـن الوصـمة،و الإسـاءة، والعمالة المبكرة، وتدني مستويات الدعم الإجتماعي الذي يحصلون عليه.

اجرى Ibrahim et al (2012) دراسة هدفت إلى تقييم نسب الإنتشار والعوامل التـي تتنبأ بالاكتئاب بين الأيتام في دار الدقهلية للأيتام في مصر. هدفت الدراسة إلـى تقيـيم نـسب انتشار وعوامل التنبؤ بالاكتئاب لدى الأيتام في مركز الدقهلية لرعاية الأيتام. وهـي دراسـة

وصفية مقطعية تضمنت 200 يتيم وتم استخدام المقابلات الميدانية والنسخة العربية من مقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد للأطفال والمراهقين.توصلت الدراسة إلى أن 20% من الأيتام يعانون من الاكتئاب وأهم العوامل التي تتنبأ بالاكتئاب لدى الأطفال الأيتام هي الجنس حيث وجد أن الإناث أكثر إحتمالات لتطوير الاكتئاب بحوالي 46 مرة من الذكور.وأوصت الدراسة بزيادة الرعاية النفسية وجعلها جزء من الرعاية الصحية المقدمة للأيتام.

قام اسماعيل (2009) بإجراء دراسة بعنوان: المشكلات السلوكية لدى الأطفال المحرومين من بيئتهم الأسرية. هدفت الدراسة التعرف على أهم المشكلات السلوكية وأكثرها شيوعا لدى أطفال مؤسسات الإيواء والأطفال المحرومين من الرعاية الاسرية، ومدى الإختلاف في تلك المشاكل لدى المحرومين بإختلاف عدد من المتغيرات منها: عمر الطفل، الجنس، نوع الرعاية المؤسسية. تكونت العينة من (133) طفل من مؤسسات الإيواء في قطاع غزة، وتراوحت اعمارهم بين (10-16) عام. إستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وكل من: مقياس التحديات والصعوبات، واختبار العصاب، ومقياس الاكتئاب لدى الأطفال. توصلت الدراسة الى أن أكثر المشكلات التي يعاني منها المحرومون من بيئتهم الأسرية هي: السلوك السيء و العصاب والاكتئاب.

وبحث البحيري (1990) بدراسة موسومة بعنوان " المشكلات السلوكية لدى أطفال الملاجئ. هدفت إلى التعرف على نسبة انتشارهذه المشكلات بين أطفال الملاجئ والعوامل المسببة لها. تكونت عينة الدراسة من (165) فرد من أبناء المؤسسات منهم (89) ذكور و (76) إناث، وتراوحت أعمارهم بين (6-15) عام. إستخدم الباحث سجلات المؤسسات، والمقابلة لأفراد العينة ومشرفيهم، واختبار تفهم الموضوع، وقائمة المشكلات السلوكية والتي تتكون من أربع مقاييس فرعية للمشاكل السلوكية. توصلت الدراسة إلى أن أكثر المشكلات التي يعاني منها أطفال الملاجئ هي: الإضطرابات الإجتماعية، والاكتئاب، وإضطراب الحركة والكلام. إضافة إلى ذلك، وجد الباحث أن نسبة انتشار هذه المشكلات كانت أعلى لدى الذكور منها لدى الإناث.

قام Spigelman & Gabriella (1991) بإجراء دراسة بعنوان: مؤشرات الاكتئاب والتوتر لدى الأطفال المحرومين من والديهم كما يعكسها اختبار روشاخ. هدفت الدراسة الكشف عن دلالات ومؤشرات الاكتئاب والتوتر لدى الأطفال المحرومين مقارنة بالأطفال غير المحرومين. تكونت عينة الدراسة من (108) طفلا وطفلة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين بالعدد حيث تكونت المجموعة الأولى من (27) ذكر و (27) أنثى وكذلك الحال

بالنسبة للمجموعة الثانية. توصلت الدراسة إلى أن مجموعة الاطفال المحرومين سجلوا مستويات أعلى من الاكتئاب مقارنة بمجموعة الأطفال غير المحرومين من والديهم. وتميز أداء الأطفال المحرومين على اختبار روشاخ بالعدائية والخصومة، في حين لم تظهر هذه الصفات لدى مجموعة الاطفال غير المحرومين.

دراسة أخرى قام بها بلان (2011) بعنوان: الإضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المقيمين في دور الأيتام من وجهة نظر المشرفين عليهم. وهدفت الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار الإضطرابات السلوكية والوجدانية (والتي تتضمن القلق والاكتئاب) لدى الأطفال المقيمين في دور الأيتام وشدتها تبعا لعدد من المتغيرات منها: الجنس، العمر، سنوات الإقامة، وفاة أحد الوالدين أو كلاهما). تكونت عينة الدراسة من (270) طفل منهم (178) ذكور و (92) إناث في محافظات دمشق، وحمص وحلب. تم استخدام مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية المكون من (54) عبارة موزعة على (7) أبعاد فرعية. توصلت الدراسة إلى انتشار الإضطرابات السلوكية والوجدانية بين هؤلاء الأطفال ووجود فروق في شدة هذه الإضطرابات بين الذكور والإناث.

دراسة أخرى قام بها Monica et al (2009) بعنوان: الإرتباط ما بين اليتم (أحد الوالدين أو كلاهما) مع أعراض الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين في ناميبيا. هدفت الدراسة لاختبار الإرتباط بين حالة اليتم وأعراض الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين في ناميبيا. تكونت العينة من (157) طالب من الصفوف(1-10) من ثلاث مدارس في منطقتين: كافانجود وكابريفي, منهم 84 طالب غير يتيم، 50 يتيم لإحد الوالدين، و 23 طالب يتيم الأبوين. وتوصلت الدراسة إلى أن متوسط استجابات الأطفال الأيتام لكلا الوالدين على اختبار اكتئاب الاطفال كانت (21.9) بينما الأطفال الأيتام لأحد الوالدين كانت (19). أما فيما يتعلق بالأطفال غير الأيتام فقد كان متوسط إستجاباتهم (11.9).

وقام Lucie et al (2012) بدراسة بعنوان: إستمرار مشاكل الصحة النفسية لدى الأيتام بسبب الايدز في جنوب أفريقيا. هدفت الدراسة الطولية والتي أستمرت لأربع سنوات إلى تقييم إستمرار أعراض المشاكل السلوكية لدى الأطفال الأيتام بسبب الايدز في جنوب أفريقيا، مع وجود مجموعات ضابطة لأيتام آخرون ومجموعة من غير الأيتام. تمت مقابلة (1021) طفل عام 2005 وأعيدت المقابلات عام 2009، وتم استخدام استبانات لقياس القلق والاكتئاب وإضطراب ما بعد الصدمة النفسية. تم تحليل البيانات باستخدام (ANOVA). توصلت الدراسة

أن الأطفال الأيتام بسبب الايدز سجلوا أعلى نسب للإصابة بالاكتئاب، والقلق و إضطراب مـا بعد الصدمة النفسية خلال عام 2005 وأيضا عام 2009، مقارنة بالأيتـام الآخـرين وغيـر الأيتام.

وأجرى Zhra et al (2011) دراسة بعنوان: المشكلات السلوكية لدى الأطفال الـذين يعيشون في دور رعاية الأيتام في باكستان: دراسة مقارنة الأيتام الذين يقيمون في قرى الأطفال SOS مع الأطفال الذين يقيمون في دور رعاية الأيتام التقليدية. هدفت الدراسـة إلـى مقارنـة المشاكل السلوكية بين الأطفال في قرى الأطفال والتي يحاول العاملون بها تزويد الأطفال بجـو الأسرة مع الأطفال الذين يقيمون في الدور التقليدية لرعاية الأيتام. تكونت العينة من 330 طفل تراوحت أعمارهم بين (4-16). وتم تقييم سلوكهم باختبار القوة والصعوبة ومقياس المـشاكل السلوكية. توصلت الدراسة إلى أن نسبة انتشار المشاكل السلوكية لدى الأطفال ككل كانت 33% ولم يكن هناك فروق بين المجموعتين في المشاكل السلوكية ما عدا مشكلة الأخوة.

يتضح من خلال هذا الإستعراض للدراسات السابقة أن هناك اتفاقاً على وجود عدد مـن الإضطرابات والمشاكل النفسية التي يعاني منها الأطفال الأيتام والمقيمين في دور الرعاية مثل القلق والاكتئاب.إلا أنه لا توجد دراسات عربية متخصصة تتناول مجهولي النسب وخـصوصا في دولة الامارات العربية المتحدة. إضافة لذلك لاتتوفر دراسات توضـح مـستويات الـصحة النفسية والقلق والاكتئاب لدى مجهولي النسب في الفئات العمرية التي تناولتها الدراسة الحاليـة إضافة إلى المتغيرات الديموغرافية كالجنس.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل إجراءات الدراسة بما في ذلك المجتمع واختيار العينة والأدوات المستخدمة لقياس المتغيرات وطرق جمع البيانات والمعالجة الإحصائية.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع الافراد مجهولي النسب والذين يقيمون في دار زايد للرعاية الاسرية التابعة لمؤسسة زايد العليا الانسانية في دولة الامارات العربية المتحدة. ونشير هنا أن عدد مجهولي النسب في المجتمع أكبر من هذا العدد إلا أن هناك صعوبات حالت دون توزيع الاستبان على جميع المراكز التابعة للدولة.

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من عدد الأفراد مجهولي النسب المتاح من مجتمع الدراسة والذين استجابوا للاستبان والبالغ عددهم (75)، حيث تم توزيع (100) استبانة على أفراد المؤسسة، وتم إسترداد (75) منها فقط, وتم إستثناء إستبيانين لعدم استكمالها من قبل المستجيبين بحيث أصبح عدد الإستبانات الاجمالي (73).

وتضمنت العينة (29) من الذكور و (42) إناث،و (2) لم يحددوا الجنس. وتم توزيع أفراد العينة بناء على المستوى التعليمي على النحو الآتي: المرحلة الاعدادية (16.4%) , المرحلة الثانوية (57.6%) المرحلة الجامعية (21.9%) و (4.1%) لم يذكروا المستوى التعليمي. وتراوح عدد مجهولي النسب الذين يعملون (21) بينما تراوح عدد غير العاملين (52). أما فيما يتعلق بمكان الاقامة فوجد أن (63.1%) من أفراد العينة يقيمون في امارة العين، بينما (21.9%) منهم يقيمون في إمارة ابوظبي و (15%) لم يحددوا مكان الإقامة. بلغ عدد المتزوجين في العينة (3) والاعزبين (67) و(3) لم يحددو الحالة الإجتماعية الخاصة بهم. والجدول رقم (1) يبين توزيع أفراد العينة بناء على المتغيرات الديموغرافية وهي: الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الإجتماعية، الحالة الوظيفية، ومكان الإقامة.

الجدول رقم (1)

توزيع أفراد عينة الدراسة

المتغير	الفئات	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكور	29	%39.7
	إناث	42	%57.6
	لم يحدد	2	%2.7
المستوى التعليمي	إعدادي	12	% 16.4
	ثانوي	42	% 57.5
	جامعي	16	% 21.9
	لم يحدد	3	% 4.2
مكان الإقامة	العين	46	%63.1
	أبوظبي	16	%21.9
	لم يحدد	11	%15
الحالة الإجتماعية	أعزب	67	%91.8
	متزوج	3	% 4.1
	لم يحدد	3	% 4.1
الحالة الوظيفية	يعمل	21	%28.8
	لا يعمل	52	%71.2
المجموع		73	%100

تصميم الدراسة

تم استخدام المنهج المسحي الوصفي وذلك لملائمته لمتغيرات الدراسة الحالية.

أدوات الدراسة

اختبار حالة وسمة القلق

تم إعداد هذا الاختبار من قبل Spielberger (1983). ويتكون الإختبار من مقياس القلق كحالة، ومقياس القلق كسمة كمقاييس فرعية، ويقيس مقياس القلق سمة درجة القلق العام لدى الفرد أما مقياس القلق كحالة فإنه يقيس درجة القلق الحالية للفرد، اقتصرت الدراسة الحالية على استخدام مقياس القلق كسمة، حيث أنه يتكون من (20) فقرة تهدف إلى قياس وتقدير ما يشعر به الفرد بشكل عام و دائم. حيث أنه يقيس مشاعر الخوف، والتوتر، والعصبية، والانزعاج.

تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (20) إلى (80) درجة، وتتدرج إجابات المفحوص إلى أربع درجات تتراوح بين (1) إلى (4) حيث يمثل الرقم (4) وجود حالة القلق في حدها الأعلى أما الرقم (1) فيمثل عدم وجود الحالة. وهناك نوعين من العبارات في هذا المقياس الأول ويشير التقدير المرتفع فيه إلى قلق عالي، وتكون أوزان التدرج فيه (4،3،2،1) كما في عبارة (أشعر بالأسف). أما الثاني فيشير التقدير المرتفع إلى قلق منخفض، وبالتالي تكون أوزان العبارات معكوسة (4,3,2,1) كعبارة (أشعر بالهدوء).

ولحساب مستويات القلق كسمة لدى عينة الدراسة الحالية تم وضع متوسط إفتراضي لدرجات المفحوصين، ويتم احتساب الدرجات الكلية للمفحوصين على النحو التالي: إذا حصل الفرد على درجة تتراوح بين (20–40) فهذا يعني أنه يعاني من قلق بدرجة قليلة، وإذا حصل على درجة (41–60) فهو يعاني من القلق بدرجة متوسطة، أما إذا حصل المفحوص على درجة (61–80) فإنه يعاني من القلق بدرجة مرتفعة.

صدق وثبات الاختبار

قام مؤلفوا المقياس بإستخراج الصدق التلازمي للقائمة الأصلية لسمة القلق بإستخدام مقياس تايلور للقلق كمحك فكان معامل ارتباطها (0.80).

وفي الاردن قامت البقور (2002) بإستخراج معامل أرتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية كمؤشر على الصدق، وتراوحت الإرتباطات بين (0.23–0.60) على قائمة القلق كحالة.

كما قامت بسيسو (2006) بالتحقق من ثبات الاختبار عن طريق تطبيقه على 50 طالبة في احدى مدارس عمان وإعادة تطبيقه على نفس العينة بفاصل زمني مدته أسبوعين، ومن ثم قامت بحساب معامل إرتباط بيرسون وأظهرت النتائج إلى أن الإختبار يتمتع بدرجة ثبات (0.846)عند مستوى دلالة (0.001). وتم التحقق من الإتساق الداخلي للمقياس بإستخدام معاملات كرومباخ الفا حيث بلغ (0.78).

ولأغراض الدراسة الحالية تم إستخراج معادلة كروماخ الفا وكانت قيمة معامل الثبات (0.784). وتم إستخراج الثبات بالتجزئة النصفية حيث بلغ الإرتباط بين الفقرات (0.598)، ومعامل سبيرمان براون والتجزئة النصفية بطريقة جتمان (0.748).

الصورة المعربة من قائمة بيك للاكتئاب

هو مقياس تقدير ذاتي، ويعد من أكثر المقاييس إستخداما في مجال البحوث النفسية، وأظهر فاعلية في المساعدة على تشخيص الاكتئاب ووصف أعراضه. يتألف المقياس في صورته الأصلية من (21) فقرة تقيس الاكتئاب وجوانبه السلوكية والمعرفية المختلفة. تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (0–63)، وقد تم ترتيب فقرات المقياس وفقاً لشدة الأعراض بدءاً من عدم وجوده إلى وجوده بدرجات متفاوتة من الشدة. ويتم التعبير عن ذلك رقمياً بالارقام (3،2،1،0)، وتقسم الدرجات التي يحصل عليها المفحوص على النحو التالي: من (0–9) غير مكتئب، من (10–15) تعني اكتئاب خفيف، من (16–23) تعني اكتئاب متوسط، ومن (24) فما فوق تعني اكتئاب شديد.

وتمثل فقرات المقياس الأعراض السلوكية التي تميز الأفراد المحتمل إصابتهم بالاكتئاب، وهذه الأعراض هي: عدم الرضا، وتدني المزاج، والإحساس بالفشل، والتشاؤم، والشعور بالعقاب، وكراهية الذات، والرغبة بالإنتحار، ولوم الذات، وفقدان الشهية، وفقدان الرغبة الجنسية، وضعف القدرة على إتخاذ القرارات.

صدق وثبات المقياس

قام الباحثون حمدي وآخرون (1988)، باستقصاء دلالات الصدق والثبات للصيغة المعربة لقائمة بيك على عينة من طلبة الجامعة الأردنية مستخدمين نفس الطرق المستخدمة في القائمة

الاصلية لحساب الصدق والثبات، حيث تكونت العينة من (56) طالب وطالبة أجريت لهم مقابلات إكلينيكية وقد تم توزيعهم بناء عليها إلى مجموعتين اكتئابية وغير اكتئابية، وتم حساب دلالات الفروق للأداء على القائمة بين المجموعتين فكان هناك دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01). كما تم حساب البناء العاملي والذي أشار إلى وجود أربعة عوامل رئيسة فسرت ما نسبته (45.5%) من التباين الكلي وهذه العوامل هي: وجود مشاعر سلبية عامة، إضطراب الوظائف الجسمية، الشعور بالدونية والتشاؤم والشعور باللاجدوى.

بلغت قيمة معامل الثبات للصورة المعربة للمقياس والمحسوبة بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني مدته أسبوعين على عينة من طلبة الجامعة الأردنية (0.88). في حين بلغت قيمة معامل الثبات المحسوبة بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرومباخ ألفا على عينة من الطلبة (0.87).

وقامت الشامي (2011) بحساب معامل الثبات بالتجزئة النصفية فكان معامل الارتباط (0.86). وتم استخراج الثبات باستخدام معادلة كرومباخ الفا وبلغ معامل الثبات (0.90).

ولاغراض الدراسة الحالية تم استخراج الثبات باستخدام معادلة كرومباخ الفا وبلغ معامل الثبات (0.912)، وتم حساب معامل الثبات بالتجزئة النصفية فكان معامل الارتباط (0.702). ومعامل سبيرمان براون والتجزئة النصفية بطريقة جتمان (0.82).

مقياس الصحة النفسية العامة

قام باعداد هذا المقياس .Goldberg, & Williams (1991) حيث يقيس عدة أبعاد تشير إلى التمتع بالصحة النفسية أوعدم التمتع بها وهي:

1- الصحة النفسجسمية (السايكوسوماتية).

2- التحرر من القلق والأرق.

3- فاعلية الوظائف الإجتماعية.

4- التحرر من الاكتئاب الشديد.

ولهذا المقياس أربع صورهي (GHQ60,30,28,12) وفي الدراسة الحالية تم استخدام الصورة التي تضم 28 فقرة. تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (صفر-84) حيث تشير الدرجة صفر إلى تدني كبير في الصحة النفسية والدرجة 84 إلى إرتفاع كبير في الصحة

النفسية. وتتراوح الدرجة الكلية على كل بعد من الأبعاد الفرعية للمقياس بين (صفر-21). ويتم الإجابة عليه بإختيار الفرد البديل الذي ينطبق عليه من بين أربع بدائل وهي متدرجة من (صفر-3)، ويشير البديل الأول الذي يعطى الدرجة (3) إلى أن الفرد يتمتع بصحة نفسية مرتفعة، أما البديل (0) الرابع فيشير إلى تمتع الفرد بمستويات منخفضة من الصحة النفسية.

ولحساب مستويات الصحة النفسية لدى عينة الدراسة الحالية تم وضع متوسط إفتراضي لدرجات المفحوصين، وتم إحتساب الدرجات الكلية للمفحوصين على النحو التالي: إذا حصل الفرد على درجة تتراوح بين (0-28) فهذا يعني أنه يعاني من مستويات منخفضة من الصحة النفسية، وإذا حصل على درجة (29-57) فهو يعاني من مستويات متوسطة من الصحة النفسية، أما إذا حصل المفحوص على درجة (58-84) فإنه يتمتع بمستويات مرتفعة من الصحة النفسية.

ولحساب مستويات الصحة النفسية على الأبعاد الفرعية تم وضع متوسط افتراضي لدرجات المفحوصين على النحو التالي: إذا حصل الفرد على درجة تتراوح بين (صفر-10) فهذا يعني أنه يتمتعون بمستويات منخفضة من الصحة النفسية، وإذا حصل على درجة (11-21) فهو يتمتع بمستويات مرتفعة من الصحة النفسية.

صدق وثبات المقياس

قام مؤلفوا المقياس (Goldberg&Williams,1991) بحساب الصدق العاملي للمقياس حيث إستخدموا طريقة المحاور المتعامدة، وتبين أن الأبعاد الأربعة تفسر ما قيمته (0.59) من التباين الكلي. وتم إستخراج الصدق التلازمي عن طريق إيجاد إرتباط المقياس بنتائج المقابلات الإكلينيكية، وكان متوسط الإرتباط (0.76). كما تم حساب درجة الحساسية والتمييز كمعامل صدق للمقياس حيث كانت تتراوح بين (0.74-0.93).

اما فيما يتعلق بالصورة المعربة فقد قامت الجعافرة (2003) بإستخراج صدق البناء حيث أشارت الدرجات إلى إرتفاع معاملات الإرتباط بين الفقرات والمقياس الفرعي الذي تقع ضمنه، وإلى إرتفاع معاملات الإرتباط بين الفقرات والدرجة الكلية، وأشارت النتائج إلى أن إرتباط فقرات بعد الصحة النفسجسمية بالدرجة الكلية تراوحت بين (0.47-0.69)، وبعد التحرر من القلق والأرق (0.55-0.73) وبعد فاعلية الوظائف الإجتماعية (0.28-0.51)، وبعد التحرر من الاكتئاب الشديد (0.48-0.69).

وإستخدمت التحليل العاملي بطريقة المحاور المتعامدة حيث فسرت ما قيمته (0.57) من التباين الكلي.

وقام الشخانبة (2010) بحساب الصدق بإستخراج صدق البناء،حيث تم حساب الإرتباط بين الآبعاد الفرعية و النتيجة الكلية للمقياس، وكانت قيم معاملات الإرتباط ذات دلالة اكلينيكية عند مستوى (0.001)

وتم حساب الثبات باستخدام التجزئة النصفية وبلغ معامل الثبات للمقياس ككل(0.72). واستخرج معادلة كرومباخ الفا لحساب الثبات وكان معامل الثبات للمقياس الكلي (0.89)،وبلغت معاملات الثبات لبعد السيكوسوماتية(0.76)، وبعد التحرر من القلق والأرق (0.83)، وبعد فعالية الوظائف الإجتماعية (0.65) وبعد التحرر من الاكتئاب (0.85).

ولاغراض الدراسة الحالية تم إستخراج الثبات بإستخدام معادلة كرومباخ الفا، وبلغ معامل الثبات الكلي للمقياس (0.92)، وبلغت معاملات الثبات لبعد الصحة النفسجسمية (0.79)، ولبعد التحرر من القلق والأرق (0.83)، وبعد فعالية الوظائف الإجتماعية (0.73)، وبعد التحرر من الاكتئاب (0.88).

إضافة لذلك تم إستخراج الثبات باستخدام التجزئة النصفية وكان معامل الارتباط (0.75). ومعامل سبيرمان براون والتجزئة النصفية بطريقة جتمان (0.86).

الإجراءات

في البداية قامت الباحثة بمخاطبة وزارة الشؤون الإجتماعية ومؤسسة زايد العليا بدولة الامارات العربية المتحدة للحصول على الموافقة والسماح لها بالتطبيق المراكز التي تعنى برعاية مجهولي النسب في الدولة

بعدها تلقت الباحثة رفضآ من المسئول في إدارة الحماية الاجتماعية في وزارة الشؤون الإجتماعية لتطبيق الاستبانات لإعتقادهم أن هذه الإستبانات وبعض الفقرات غير ملائمة للتطبيق في المراكز التابعة لها وعلى مجهولي النسب. فانحصر تطبيق الإستبانات على مجهولي النسب في دار زايد للرعاية الأسرية (ابوظبي والعين) وتم توزيع ما يقارب 100 إستبان، وكان يتم الإتفاق على موعد محدد لاسترجاع هذه الإستبيانات. وبعد إكتمال العينة البالغ عددها(75) تم استثناء إستبانتين لعدم اكمال المستجيب لاكثر من 10 فقرات على الاختبار الواحد. وإستغرق جمع البيانات ما يقارب الشهرين.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستويات القلق والاكتئاب والصحة النفسية لـدى مجهولي النسب في دولة الامارات العربية المتحدة وعلاقتهـا بـبعض المتغيـرات كـالجنس. وسيتناول هذا الفصل النتائج التي توصلت اليها هذه الدراسة بعد إخضاع البيانات إلى التحليـل الإحصائي لفحص أسئلة الدراسة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

تمثل السؤال الأول في هذه الدراسة في:هل يعاني الأشخاص مجهولي النسب من القلق؟

في البداية تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعيـاري لمجموعـة الاشـخاص مجهولي النسب لمتغيرات القلق والاكتئاب والصحة النفسية، كما يبين الجدول رقم (2).

الجدول رقم (2)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الاشخاص مجهولي النسب في جميع متغيرات الدراسة

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة العليا	القيمة الدنيا
القلق	24.5	8.8	68	27
الاكتئاب	11.4	1.03	43	00
الصحة النفسية	67.6	1.33	84	26

وللاجابة عن هذا السؤال تم استخراج التكرارات والنسب المئوية للدرجات الكليـة علـى مقياس القلق. والجدول رقم (3) يوضح ذلك.

الجدول رقم (3)

التكرارات والنسب المئوية للقلق سمة لدى الاشخاص مجهولي النسب.

المتغير	التصنيف	التكرار	النسبة المئوية
القلق	قليل	28	%38.4
	متوسط	43	%58.9
	شديد	2	%2.7

يتضح من استعراض النتائج الموضحة في الجدول رقم (3) أن (38.4%) من مجهولي النسب يعانون من قلق بدرجة قليلة، بينما (58.9%) يعانون من مستويات متوسطة من القلق، و(2.7%) منهم يعانون من مستويات شديدة من القلق.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

تمثل السؤال الثاني في هذه الدراسة في : هل يعاني الاشخاص مجهولي النسب من الاكتئاب؟

وللاجابة عن هذا السؤال تم استخراج التكرارات والنسب المئوية للدرجات الكلية على مقياس بيك للاكتئاب. والجدول رقم (4) يوضح ذلك.

الجدول رقم (4)

التكرارات والنسب المئوية للاكتئاب لدى الاشخاص مجهولي النسب.

المتغير	التصنيف	التكرار	النسبة المئوية
الاكتئاب	غير مكتئب	44	%60.2
	اكتئاب بسيط	8	%11.1
	اكتئاب متوسط	11	%15
	اكتئاب شديد	10	%13.7

باستعراض النتائج الموضحة في الجدول رقم (4) نلاحظ أن (60.2%) من الأشخاص مجهولي النسب لا يعانون من اكتئاب. و(11.1%) منهم يعانون من اكتئاب بسيط، بينما (15%) من أفراد العينة يعانون من مستويات متوسطة من الاكتئاب و(13.7%) من الافراد يعانون من اكتئاب شديد.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

تمثل السؤال الثالث في الدراسة الحالية في : ما هو مستوى الصحة النفسية لدى مجهولي النسب؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم استخراج التكرارات والنسب المئوية للدرجات الكلية على الابعاد الفرعية لمقياس الصحة النفسية والجدول رقم (5) يبين ذلك.

الجدول رقم (5)

التكرارات والنسب المئوية للابعاد الفرعية لمقياس الصحة النفسية

المتغير	البعد	التصنيف	التكرار	النسبة المئوية
الصحة النفسية	الصحة النفسجسمية	منخفض	5	%6.9
		مرتفع	68	%93.1
	التحرر من القلق والأرق	منخفض	14	%19.2
		مرتفع	59	%80.8
	فاعلية الوظائف الاجتماعية	منخفض	12	%16.4
		مرتفع	61	%83.6
	التحرر من الاكتئاب الشديد	منخفض	6	%8.2
		مرتفع	67	%91.8

يتضح من الجدول السابق أن (6.9%) من الاشخاص مجهولي النسب يعانون من مستويات منخفضة للصحة النفسية على بعد الصحة النفسجسمية مقابل (93.1%) ممن لديهم مستويات صحة نفسية مرتفعة على نفس البعد. أما فيما يتعلق بالبعد الثاني وهو التحرر من القلق والأرق تبين أن (19.2%) من أفراد العينة لديهم مستويات منخفضة في مقابل (80.8%) ممن لديهم مستويات مرتفعة من الصحة النفسية على هذا البعد. تبين أن (16.4%) من أفراد العينة لديهم مستويات منخفضة من الصحة النفسية على بعد فاعلية الوظائف الاجتماعية، بينما (83.6%) لديهم مستويات مرتفعة من الصحة النفسية على نفس البعد. أما بعد التحرر من الاكتئاب الشديد فقد تبين أن (8.2%) من افراد العينة لديهم مستويات منخفضة من الصحة

النفسية على هذا البعد مقابل (91.8%) ممن لديهم مستويات مرتفعة من الصحة النفسية علـــى نفس البعد.

و بعدها تم استخراج التكرارات والنسب المئوية للدرجات الكلية علـــى مقيـــاس الـــصحة النفسية. والجدول رقم (6) يوضح ذلك.

الجدول رقم (6)

التكرارات والنسب المئوية للدرجات الكلية للصحة النفسية لدى الأشخاص مجهولي النسب

المتغير	التصنيف	التكرار	النسبة المئوية
الصحة النفسية	صحة نفسية منخفضة	1	%1.4
	صحة نفسية متوسطة	12	%16.7
	صحة نفسية مرتفعة	60	%81.9

يتبين من الجدول السابق أن (1.4%) من الاشخاص مجهولي النسب يعانون من مستويات منخفضة من الصحة النفسية بينما بلغت نسبة الأشخاص مجهولي النسب الذين لديهم مـــستويات متوسطه في الصحه النفسيه (16.7%) أما الأشخاص مجهولي النسب الذين لديهم صحة نفـــسية مرتفعة (81.9%).

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

تمثل السؤال الرابع في الدراسة الحالية في : هل يوجد فروق بين الذكور والإنـــاث فـــي مستوى الصحة النفسية؟

وللإجابة على هذا السؤال تم استخدام اختبار (ت) (T-Test) لمعرفـــة الإخـــتلاف بـــين الذكور والإناث في مستويات الصحة النفسية.وكانت النتائج كما هو موضح بالجدول رقم (7)

الجدول رقم (7)

نتائج اختبار (ت) للدرجة الكلية والدرجات على الأبعاد الفرعية لمقياس الصحة النفسية

المتغير	الأبعاد		المتوسط	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الصحة النفسية	الصحة النفسجسمية	ذكور	18.17	3.93	0.034	69	0.416
		إناث	18.14	3.31			
	التحرر من القلق والأرق	ذكور	16.41	5.06	0.997	69	0.014
		إناث	15.38	3.66			
	فاعلية الوظائف الإجتماعية	ذكور	15.72	4.78	0.010	69	0.005
		إناث	15.71	3.36			
	التحرر من الاكتئاب الشديد	ذكور	17.72	4.75	1.034-	69	0.007
		إناث	18.71	3.32			
	الدرجة الكلية للمقياس	ذكور	68.10	16.10	0.047	69	0.015
		إناث	67.95	11.1			

يتضح من الجدول رقم (7) وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05%) بين الذكور والإناث على مقياس الصحة النفسية الكلي لصالح الذكور. اما فيما يتعلق بالابعاد الفرعية للمقياس فتبين عدم وجود فروق ذات دلالة بين الذكور والاناث على مقياس الصحة النفسجسمية، بينما تبين وجود فروق بين الذكور والإناث على بعد التحرر من القلق

والأرق(لصالح الذكور) عند مستوى دلالة (0.05). وكذلك الأمر فيما يتعلق ببعدين فاعلية الوظائف الإجتماعية(لصالح الذكور) والتحررمن الاكتئاب الشديد(لصالح الإناث) حيث بلغ مستوى الدلالة (0.007) و(0.015) للبعدين على التوالي.

النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:

تمثل السؤال الخامس في الدراسة الحالية في : هل توجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى القلق؟

وللاجابة عن هذا السؤال تم استخدام اختبار (ت) (T-Test) لمعرفة الاختلاف بين الذكور والإناث في مستويات القلق.وكانت النتائج كما هو موضح بالجدول رقم (8).

الجدول رقم (8)

نتائج اختبار (ت) للدرجات الكلية على مقياس القلق سمة لمجموعة الدراسة

المتغير		المتوسط	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
القلق	ذكور	41.27	7.59	0.567−	69	0.833
	إناث	42.40	8.65			

يتبين من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلاله احصائية بين الذكور والاناث على مقياس القلق سمة حيث بلغ مستوى الدلالة (0.833).

النتائج المتعلقة بالسؤال السادس:

تمثل السؤال السادس في الدراسة الحالية في : هل يوجد فروق بين الذكور والاناث في مستوى الاكتئاب؟

وللاجابة على هذا السؤال تم استخدام اختبار (ت) (T-test) لمعرفة الاختلاف بين الذكور والإناث في مستويات الاكتئاب. والجدول رقم (9) يوضح النتائج.

الجدول رقم (9) نتائج اختبار (ت) للدرجات الكلية على قائمة بيك للاكتئاب لمجموعة الدراسة

المتغير		المتوسط	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الاكتئاب	ذكور	11.47	12.067	0.165	69	0.053
	إناث	11.06	8.954			

يتضح من الجدول رقم (9) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث مجهولي النسب في دولة الامارات العربية المتحدة على قائمة بيك للاكتئاب حيث بلغ مستوى الدلالة (0.053).

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

تشير نتائج الدراسة الحالية إلى وجود نسبة كبيرة من مجهولي النسب في دولة الامارات العربية المتحدة يعانون من مستويات (متوسطة إلى شديدة) من القلق والاكتئاب وإنخفاض مشاكل الصحة النفسية لديهم، حيث أشارت النتائج إلى أن (28.7%) من أفراد العينة يعانون من اكتئاب (متوسط إلى شديد)، وتشابه هذه النتيجة مع ما توصل اليه .Fawzy.& Fouad (2010) حيث وجد أن 21% من الأطفال المقيمين في دور رعاية الأيتام يعانون من الاكتئاب. كما توصل Ibrahim et al (2012) إلى أن 20% من الأيتام يعانون من الاكتئاب. بينما وجد Isaranurug &Chompikul (2009) أن ما بين (20–24%) من الأطفال في المؤسسات الايوائية يعانون من الاكتئاب.

وتختلف نتائج الدراسة الحالية مع ما توصل اليهMusisi & Kinyanda (2003)حيث وجدوا أن نسبة الاكتئاب لدى المراهقين الأيتام بسبب الايدز(49%).

كما توصلت الدراسة إلى أن نسبة مجهولي النسب الذين يعانون من مستويات (متوسطة الى مرتفعة) من القلق (61.6) وتتشابه هذه النتيجة ما توصل اليه Musisi & Kinyanda (2003) حيث وجدوا أن مستويات القلق (65%) لدى الافراد المراهقين الأيتام بسبب الايدز في مدينة كامبالا (Kampala) حيث أن المراهقين في هذه المنطقة يعانون من الوصمة الاجتماعية بسسب الايدز، وتدني الحالة الإقتصادية والإجتماعية، إضافة إلى تعرض المراهقين إلى الإساءة والإهمال. كما وجد .Fawzy. & Fouad (2010) أن (58%) من الأيتام يعانون من القلق.

ويمكن تفسير النتائج التي توصلت اليها الدراسة الحالية فيما يتعلق بارتفاع مستويات القلق والاكتئاب بالرجوع الى نظرية التطور النفسي الاجتماعي للعالم اريك اريكسون ،

ويمكن تفسير إرتفاع مستويات الصحة النفسية لدى مجهولي النسب في دولة الامارات العربية المتحدة إلى طبيعة الخدمات النفسية المقدمة إلى مجهولي النسب وكل المواطنين بشكل عام. حيث يتم تقديم خدمات الصحة النفسية للأطفال من خلال القسم الصحي الموجود في جميع المدارس، وما تحتويه المدارس من طواقم مناسبة لتقديم هذه الخدمات بحيث عند ملاحظة وجود

اية مشكلة لدى الأطفال تتطلب تدخل ورعاية الطبيب النفسي يتم تحويل الطفل من طبيب الصحة الموجود بالمدرسة إلى الطبيب النفسي المختص.

ويتم في دولة الامارات العربية المتحدة تقديم الخدمات الإرشادية والإستشارات في جميع المجالات الصحية إبتدا من أمراض القلب إلى المشاكل الزواجية والتوتر المرتبط بها، وهـؤلاء المستشارون يقدمون المعلومات ويخبرون الأفراد كيف يتصرفون، إضافة إلى وجـود خـدمات ارشادية مقدمة من (الأخـصائي النفـسي، المـدرس، الباحـث الإجتمـاعي) عبـر الهـاتف (Hot Line) مخصصة للمراهقين (Swadi,1999).

يتضح مما سبق أن الجهود المبذولة في الدولة والخدمات النفسية التي تسعى الحكومة إلى تقديمها إلى أبناء المجتمع وجميع الفئات العمرية هي العامل المؤدي إلى انخفاض مستويات القلق والاكتئاب وارتفاع الصحة النفسية لدى مجهولي النسب باعتبارهم جزء لا يتجزأ من المجتمـع، إضافة لذلك فإن دار زايد للرعاية الاسرية والتي تم الحصول على العينة منها تحظى برعايـة ودعم أصحاب السمو شيوخ إمارة أبو ظبي بصفة خاصة.

ويتميز المجتمع الاماراتي بالروابط الأسرية القوية وتعد العلاقات الاجتماعية مـن أهـم العوامل التي تحمي وتدعم الأفراد وتجنبهم الأمراض النفسية، والتأثر بمبادئ الدين الاسـلامي الحنيف والتي تقتضي بدعم الأيتام والتعامل معهم بلطف والذي بدوره يقلل مـن الاضـطرابات النفسية والعبئ الاجتماعي –الثقافي الملقى على عاتقهم.

وفي دولة الامارات العربية المتحدة قامت وزارة الشؤون الاجتماعية بإنشاء دور أو تأهيل أسر حاضنة لتوفير الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والترفيهية والعلمية لمجهولي النسب وتهيئة الظروف المناسبة لنموهم بشكل طبيعي (مشروع قانون اتحادي، 2009).

كما ويتضح من الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث فـي القلق والاكتئاب، وهذه النتائج تخالف نتائج العديد مـن الدراسـات حيـث وجـد Fawzy.& Fouad. (2010) أن (30%) من الذكور الايتام يعانون من القلق و (82%) من الاناث. كمـا وجد ان (16%) من الذكور يعانون من الاكتئاب مقابل (37%) مـن الانـاث.ووجـد et al Ibrahim (2012) أن الإناث في دور رعاية الأيتام أكثر احتمالية ب (45) مرة لأن يطورون اكتئاب من الذكور خصوصا في مرحلة المراهقة حيث بلغت نسبة الاكتئاب لـديهن (68.8%) مقابل (4.6%) لدى الذكور.

ويمكن تفسير هذه النتائج من خلال الخدمات المقدمة من الدولة لهذه الفئة من المجتمع الاماراتي حيث تقوم دولة الامارات بتوفير فرص التعلم، والعمل، والمسكن، وتلبية الحاجات لكلا الجنسين وحمايتهم من جميع أنواع اساءة والتي كانت عاملا يزيد من نسبة الاصابة بالاضطرابات النفسية لدى الأيتام في الدراسات الأجنبية. ووجد Cluver,et al (2008) أن الالتحاق بالمدرسة و الأمان الغذائي والعمل ارتبطت بالنتائج المنخفضة على مقاييس القلق والاكتئاب والضغط النفسي إضافة للمشاكل السلوكية.ووجدوا أن متوسط الاكتئاب لمن يذهب للمدرسة (2.8) ولمن لا يذهب (5.3)، ومتوسط القلق للذين يرتادوا المدارس(11.4) ولمن لا يرتادها (14.5).

كما وجدت الدراسة فروق في مستويات الصحة النفسية لصالح الذكور. ويمكن تفسير هذه النتائج بسبب طبيعة الانثى حيث أنها اضعف واكثر احتمالية لان تتأثر باحداث الحياة العامة مقارنة بالذكور.اضافة الى تأثر الأنثى بالوصمة الاجتماعية والتي من الممكن ان تزيد العبئ الملقى على عاتقها وتقلل من الصحة النفسية لديها.

وبالرغم من هذه التفسيرات إلا أن هذ المتغير بحاجة إلى المزيد من الدراسة لمعرفة أثره على مستويات القلق والاكتئاب والصحة النفسية لدى مجهولي النسب وخصوصا في دولة الامارات العربية المتحدة.

التوصيات

1- اجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بالقلق والصحة النفسية والاكتئاب لدى مجهولي النسب في دولة الامارات العربية المتحدة وفي جميع الدول العربية نظرا لقلة الدراسات العربية المهتمه بهذه الفئة من ابناء المجتمع، وتناول متغيرات اخرى غير المتغيرات الوارده في هذه الدراسة مثل: المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والحالة الوظيفية، والدخل الشهري، والعمر.

2- اجراء دراسات تتناول اضطرابات أخرى من الممكن أن يعاني منها مجهولي النسب مثل: الضغط النفسي، والمخاوف الاجتماعية، والاضطرابات السلوكية، واضطرابات نقص الانتباة والنشاط الزائد ،وإضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، والاضطرابات النفسجسدية.

3- بناء برامج علاجية معرفية سلوكية للتعامل مع المشكلات النفسية التي يواجهها مجهول النسب.

4- اجراء دراسات تتناول التأثير المباشر للمشرف القائم على رعاية مجهول النسب على الصحة النفسية للطفل.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

اسماعيل، ياسر يوسف (2009). **المشكلات السلوكية لدى الاطفال المحـرومين مـن بيئـتهم الاسرية**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

البحيري، احمد (1990). **المشكلات السلوكية لدى اطفال الملاجئ**.

بسيسو، حياة تيسير (2006). **بناء برنامج ارشادي سلوكي وقياس فاعليته في خفض القلـق، وقلق الموت لدى مرضى السرطان في الاردن**. رسالة ماجستير غيـر منـشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الاردن.

البعلبكي، احمد (2003). **قاموس العلوم الاجتماعية** جمهورية مصر العربية:الهيئة المـصرية العامة للكتاب.

البقور، خولة (2002). **القلق والاكتئاب وتقدير الذات والتحصيل الأكاديمي لدى الأطفال الـذين تعرضوا لإساءة المعاملة**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

بلان، كمال يوسف (2011). الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الاطفال المقيمين في دور الايتام من وجهة نظر المشرفين عليهم. **مجلة جامعة دمشق،** 27(1+2)177.

تحليل وضع الاطفال في دولة الامارات العربية المتحدة (2010). المجلس الاعلـى للامومـة والطفولة، الاتحاد النسائي العام، الامارات العربية المتحدة.

الجعافرة، سمية عبد الحميد (2003). **الصحة النفسية للعاملين وعلاقتها ببعض المتغيرات فـي بيئة العمل**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية.عمان، الاردن.

حمدي، نزيه وابو حجلة، نظأم و أبو طالب، طالب (1988)، البناء العـأملي ودلالات صـدق وثبات الصورة المعربة لقائمة بيك للإكتئاب. **مجلة دراسات،** المجلد الخأمس عشر، العدد(1)، ص 30–40.

الداهري، صالح حسن.(2005). **مبادئ الصحة النفسية**. الطبعة الأولى، عمـان: دار وائـل للنشر.

الدراسة المرجعية لفريق عمل محور حماية الطفل.(2010). دولة الامارات العربية المتحدة، غير منشور.

الربابعة، جعفر كامل (1994)، **العلاقة بين إدراك الرعاية الوالدية ونمو الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة**، جامعة مؤتة، عمان، الأردن.

الرشيدي، بشير، منصور، طلعت، النابلسي، محمد، الخليفي، ابراهيم، الناصر، فهد، بورسلي، بدر والقشعان، حمود (2000). **سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية: الاكتئاب واضطرابات المزاج(1)**. الطبعة الاولى (المجلد السابع)، دولة الكويت: مكتب الانماء الاجتماعي.

الرشيدي، بشير. منصور، طلعت. النابلسي، محمد. الخليفي، ابراهيم. الناصر، فهد. بورسلي، بدر والقشعان، حمود (2001). **سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية: اضطراب القلق**. الطبعة الاولى (المجلد التاسع)،دولة الكويت: مكتب الانماء الاجتماعي.

رضوان، سامر جميل (2002). **الصحة النفسية**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

السردية، مها مرشد (2002). **المشكلات السلوكية لدى أطفال دور رعاية الأيتام من وجهت نظر معلميهم**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد، الأردن.

الشامي، مجد ربحي (2011). **مستويات القلق والاكتئاب لدى امهات الاطفال التوحديين وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، عمان، الاردن.

شحاتة، محمد عبد القادر.(1992) **مدخل لعلم النفس الفارق**. القاهرة: دار النهضة العربية.

الشخانبة، احمد عيد مطيع (2010). **التكيف مع الضغوط النفسية، دراسة ميدانية**. الطبعة الاولى. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

عبد الحليم، محمود (2000). **قاموس المشكلات الاجتماعية**. القاهرة: الهيئة العامة للكتاب.

عبد الرزاق، عبد المطلب (1999). **المشكلات النفسية لدى الاطفال**،الرياض: دار المعرفة للنشر والتوزيع.

القذافي، رمضان (2011). **اساسيات الصحة النفسية**.الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

ماكلين، ليز(ترجمة احمد رمو).(2003). **الاكتئاب: أعراضه،واسبابه، وتشخيصه، والخلاص منه**. دمشق: دار علاء الدين.

مشروع قانوني اتحادي (2009) في شأن الاطفال مجهولي النسي، وزارة الشؤون الاجتماعية، دولة الامارات العربية المتحدة.

ميخائيل، أملي صادق (1989-1990). **دراسة مقارنة القلق لدى الطفل في الأسرة البديلة والطفل في الأسرة العادية في سن المدرسة الابتدائية من 9-12 سنة**.رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة عين شمس. القاهرة، مصر.

ياسر، هند محمد (2010)، **فاعلية برنامج تدريبي في تغيير البنى المعرفية ومركز الضبط وخفض الاكتئاب لدى الأيتام في الأردن**. اطروحة دكتوراه غير منشورة. الجامعة الأردنية. عمان، الأردن.

ثانياً: المراجع باللغة الانجليزية

Abdulbaghi,Ahmad &Kirmanj,Mohamad.(1996).**the socioemotional Devel Opment of orphans in Orphanages and tradition foster care in iraqikurdistan.** Child abuse &neglect.vol (20).1161-1173.

Abebe,T& Aasem, A., (2007).**Children , AIDS and the politics of orphan care in Ethiopia:**The extended family revisited.Social Science & Medicine. vol (64) ,2058-2069.

American Psychiatric Association (2000).**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision**, Washington ,DC.

Beck,A (1980). **Cognitive Therapy and emotional disorders**.New York ,International University Press.

Beck,A.T (1967**). Depression: Cause and Treatment**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press,11-12.

Bernard,Harold W(1970) .Metnal **Health in the Classroom Mc Grow Hill Book** Co. , pp _12 _ 13

Butler,G.(1989). Issue in the Application of Cognitive and Behavioral Strategies to the Treatment of Social Phobia. **Clinical Psychology review** ,(9) 91-106.

Child Abuse& Neglect.(37):310-319.

Cluver,L.,Gardner,F.,& Operario,D.,(2008). Poverty and Psychological Health Among AIDS-orphane Children in Cape Town, South Africa. **AIDS Care**, Tylor & Francis Group.

Doku,P,.N(2012). **Mental Health of Orphans Vulnerable Children With the Context of AIDS/HIV Ghana**, Theseis for the Degree of Doctor of Philosophy,College of Medicine, University of Glasgow,Scotland-UK.

Fawzy,N.& Fouad ,A,.(2010).Psychological and Developmental Status of Orphanage Children: Epidemiological Study. **Current Psychiatry,** 17(2): 41-48.

Goldberg,D.,& Williams, P. (1991).**A Users Guide to the General Health Questionnaire(GHQ**), Da Basingstoke Press.

Hilgard,E.(1971). **Introduction to Psychology:New York** , Hart H court Brace ,Jovanoriche.

Holms,D.S.(1994). **Abnormal Psycholog**y.New York: Harper Collins College Pub,P 97.

Ibrahim,A.,El-Bilshz,M.,El-Gilany,A.,& Khater,M,.(2012).Prevalence and Predictors of Depression Among Orphans in Dakahlias Orphanages,Egypt**. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health**,4 (12).

Isaranurug,S & Chompikul,J. (2009) Emotional Development and Nutritional Status of HIV/AIDS Orphaned Children Aged 6-12 years old in Thailand. **Matern Child Health** ,13(1) 138-143.

Jefferson,JW.,& Gresit,J.H. (1994). Mood **Disorders, The American Psychiatry Press Textbook**: Washington, D.C, 474-476.

Kate Wood ; Elaine Chase ; Peter Aggleton.(2006).**Telling the truth is the best thing: Teenage orphans experiences of parental AIDS-related illness and bereavement in Zimbabwe**.Social Science& MEDICINE(63),1923-1933.

Kumakech E, Cantor-Graae E, Maling S, Bajunirwe F.(2009). **Peer-group support intervention improves the psychosocial well-being of AIDS orphans:** cluster randomized trial. Social Science& Medicine. vol(68):1038-1043.

Lucie,D.,Mark,O., Frances,G.,& Mark,E.(2012). Persisting mental health problems among AIDS-orphaned children in South Africa. **Journal of Child Psychology anPsychiatry,** 53(4),363-370.

Monica,R., Brett,D.,& Cecile,R.(2009).The Association of Single and Double Orphanhood With Symptoms of Depression Among Children and Adolescents in Namibia. **Eur Child Adolesc Psychiatry**,(18),369-376.

Musisi,S & Kinyanda ,E.(2003). Psychological Problem of HIV Sero-Positive Adolescent as seen at Mildmay Center, Kampala. **Proceeds of the Eastern African Regional Psychiatric Conference**.

Sarsson,I.(1970). **Abnormal Psychology: The Problem of Maladaptive Behavior:**New York, Appletom,Century Croft personality assessment, 57(1)120-129.

Southard,Curts & Ross. Mental Health of Exceptional Children **in Special Education for Special Children**,2 , 105-115.

Spielberger C. D. (1983). **Manual For State-Trait Anxiety Inventory** (form Y) Consulting Psychology Process.

Spigelman ,ami and Gabriella ,(1991**)." indications depression and distress in divorce and no divorce children reflected by the Rorschach test ".**

Spits,R.A.,& Wolf,K.M. (1946).**Analytic depression**. New York, International Press,301-342.

Swadi, H,(1999). Child Mental Health Services in the United Arab Emirates. **Child Psychology & Psychiatry Review**,4(1) 27-29.

-Thurman TR, Snider LA, Boris NW, Kalisa E, Nyirazinyoye L, Brown L.(2008). **Barriers to the community support of orphans and vulnerable youth in Rwanda. Social Sciences & Medicine**. 66),1557-1567).vol.

-Tim Lee; Geoff Fosterb; Choice Makufac& Sarah Hinton. (2002). **Families**, orphans and children under stress in Zimbabwe Evaluation and program planning, Vol (25).459-470.

-Zapata LB, Kissin DM, Bogoliubova O, Yorick RV, Kraft JM, Jamieson DJ, Marchbanks PA, Hillis SD.(2013). **Orphaned and abused youth are vulnerable to pregnancy and suicide risk**.

Zhra,S.,Sadia,M.,& Ehsan,S,.(2011) Behavioral problems among children living in orphanage facilitiesof Karachi, Pakistan: comparison of children in an SOS Village with those in conventional orphanages. **Soc Psychiatry Epidemiol** ,46, 787-796.

الملاحق

الملحق رقم (1)

مقياس القلق سمة

العمر: الحالة الاجتماعية: أعزب / متزوج

المستوى الثقافي: أعدادي / ثانوي / جامعي الجنس: ذكر / انثى

مكان الاقامة: نوع العمل اذا وجد:

فيما يلي عدد من العبارات التي يستخدمها بعض الأفراد لوصف أنفسهم. بعد قراءة كل فقرة قراءة جيدة ضع إشارة (√) في المربع المناسب أمام العبارة التي تشير إلى ما تشعر به في هذه اللحظة.

	الفقرة	أبداً	قليلاً	أحياناً	كثيرا
1	أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين				
2	أتعب بسرعة				
3	أشعر بالميل للبكاء				
4	أتمنى لو كنت سعيداً مثلما يبدوا الآخرين				
5	أفقد السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ قراري بسرعة كافية				
6	أشعر بالراحة				
7	أنا هادئ الأعصاب				
8	أشعر أن العقبات تتراكم لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها				
9	أشعر أنني أقلق بشدة على أمور لا تستحق ذلك				
10	أنا سعيد				
11	أميل إلى تصعيب الأمور				
12	ينقصني الشعور بالثقة بالنفس				
13	أشعر بالأمان				

	الفقرة	أبداً	قليلاً	أحياناً	كثيرا
14	أحاول تجنب مواجهة الأزمات أو الصعوبات				
15	أشعر بالغم				
16	أشعر بالرضى				
17	تجول بذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني				
18	تؤثر في خيبة الأمل بشدة لدرجة أني لا أستطيع أن أبعدها عن نفسي				
19	أنا شخص مستقر				
20	أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عنــدما أفكر كثيرا في اهتماماتي وميولي الحالية				

الملحق رقم (2)

مقياس الصحة النفسية

نريد أن نعرف إذا ما كنت تعاني من أية شكوى طبية، وماهي حالتك الصحية بشكل عام من خلال الأسابيع القلية الماضية، يرجى الإجابة على جميع الأسئلة في الصفحات التالية بوضع دائرة حول العبارة التي تنطبق على حالتك، تذكر أننا نريد أن نتعرف على حالتك الصحية الان وما تشكو منه مؤخرا وليس المشكلات التي مرت بك في الماضي، من المهم أن تحاول الاجابة على جميع الاسئلة، شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا.

العمر: الحالة الاجتماعية: أعزب / متزوج

المستوى الثقافي: أعدادي / ثانوي / جامعي الجنس: ذكر / انثى

مكان الاقامة: نوع العمل اذا وجد:

	الفقرة				
1	هل تشعر أنك بحالة ممتازة وصحة جيدة	أفضل من المعتاد	كالمعتاد	أسوء من المعتاد	أسوء من المعتاد جدا
2	هل تشعر أنك بحاجة إلى منشط أو دواء منعش؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
3	هل تشعر بانك مصاب بحالة من الأعياء الشديد (مهدود الحيل) ومزاجك متعكر؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
4	هل تشعر بأنك مريض؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
5	هل تشعر بالصداع؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير

	الفقرة				
6	هل تشعر بالضغط في رأسك وكأنه مشدود؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
7	هل تعاني من نوبات حر وبرد؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
8	هل فقدت الكثير من النوم بسبب الهموم؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
9	هل وجدت صعوبة في الاستمرار في النوم؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
10	هل تشعر دوما بالتوتر؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
11	هل أصبحت سريع الغضب ومزاجك متعكرا؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
12	هل تشعر بالخوف أو الذعر دون سبب مقنع؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
13	هل تشعر أن كل شي يفوق طاقتك (قدرتك)؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
14	هل تشعر بالعصبية وإن أعصابك مشدودة دائما؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
15	هل استطعت أن تشغل نفسك وتجد شيئا تعمله؟	أكثر من المعتاد	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أقل من المعتاد بكثير
16	هل تجد أن ما تفعله يستغرق وقتا أطول من المعتاد؟	أسرع من المعتاد	ليس أكثر من المعتاد	أطول من المعتاد	أطول من المعتاد بكثير
17	هل تشعر أنك عموما تنجز أعمالك بشكل جيد؟	أفضل من المعتاد	ليس أكثر من المعتاد	أسوء من المعتاد	أسوء من المعتاد بكثير

	الفقرة				
18	هل تشعر بالرضا عن إنجاز واجباتك؟	أكثر رضا من المعتاد	كالمعتاد	أقل رضا من المعتاد	أقل رضا من المعتاد بكثير
19	هل تشعر بانك تقوم بدور نافع في الحياة؟	أكثر من المعتاد	كالمعتاد	أقل فائدة من المعتاد	أقل فائدة من المعتاد بكثير
20	هل تشعر بانك قادر على اتخاذ القرارات في أمور حياتك اليومية؟	أكثر من المعتاد	كالمعتاد	أقل من المعتاد	أقل من المعتاد بكثير
21	هل تشعر بأنك تستمتع بالفاعلية (النشاطات والمهمات) اليومية التي تمارسها؟	أكثر من المعتاد	كالمعتاد	أقل من المعتاد	أقل من المعتاد بكثير
22	هل تعتقد بأنك شخص لا قيمة له؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
23	هل تشعر بان لا أمل في الحياة بتاتا؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
24	هل تشعر بأن الحياة لا تستحق أن تعاش؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
25	هل خطر لك أن تنهي حياتك بالانتحار؟	لا أبدا	لا أعتقد ذلك	خطر ذلك ببالي	فكرت بذلك بالتأكيد
26	هل وجدت انك في بعض الاحيان لا تستطيع القيام بأي شي لان أعصابك متوترة جدا؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
27	هل تمنيت لو كنت ميتا لتتخلص من كل شي؟	لا أبدا	ليس أكثر من المعتاد	أكثر من المعتاد نوعا ما	أكثر من المعتاد بكثير
28	هل راودتك فكرة التخلص من حياتك باستمرار؟	قطعا لا	لا اعتقد ذلك	خطر ذلك ببالي	فكرت بذلك بالتأكيد

الملحق رقم (3)

مقياس الإكتئاب

العمر: الحالة الاجتماعية: أعزب / متزوج

المستوى الثقافي: اعدادي / ثانوي / جامعي الجنس: ذكر / انثى

مكان الاقامة: نوع العمل إذا وجد

سيدتي/ سيدي بين يديك فقرات تصف المشاعر الرجاء اختيار واحد من البدائل الأربعة الموجودة في كل خانة والتي تعبر عن شعورك بشكل عام

0- إنني لا أشعر بالحزن 1- إنني أشعر بالحزن في بعض الأوقات 2- أشعر بالحزن طيلة الوقت ولا أستطيع التخلص من هذا الشعور 3- إنني أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع احتمالها
0- إنني لست متشائماً بشأن المستقبل 1- أشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل 2- أشعر أنه لا يوجد لدي ما أطمح للوصول له 3- أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن هذا الوضع من غير الممكن تغيره
0- لا أشعر بأنني شخص فاشل بشكل عام 1- أشعر بأنني أواجه من الفشل أكثر مما يواجهه الإنسان العادي 2- عندما أنظر إلى حياتي الماضية، فإن كل ما أراه الكثير من الفشل 3- أشعر بأنني إنسان فاشل فشلاً تاماً

0- ما زالت الأشياء تعطيني شعوراً بالرضى كما كانت عادة 1- لا أشعر بمتعة في الأشياء على النحو الذي كنت أشعر به عادة 2- لم أعد أشعر بأية متعة حقيقية في أي شيء على الإطلاق 3- لدى شعور بعدم الرضى والملل من كل الأشياء
0- لا يوجد لدي أي شعور بالذنب 1- أشعر بالذنب في بعض الأوقات 2- أشعر بالذنب معظم الأوقات 3- أشعر بالذنب في كافة الأوقات
0- لا أشعر بأنني أستحق عقاباً من أي نوع 1- أشعر بأنني أستحق العقاب أحيانا 2- كثيراً ما أشعر بأنني أستحق العقاب 3- أحس بأنني أعاقب وأعذب في حياتي وأنني أستحق ذلك
0- لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي 1- أشعر بخيبة الأمل في نفسي 2- أشعر أحياناً بأنني أكره نفسي 3- إنني أكره نفسي في كل الأوقات
0- لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين 1- إنني أنتقد نفسي بسبب ما لدي من أخطاء وضعف 2- ألوم نفسي طيلة الوقت بسبب أخطائي 3- ألوم نفسي على كل شيء يحدث حتى لو لم يكن لي علاقة مباشرة بذلك

0- لا يوجد لدي أية أفكار انتحارية 1- توجد لدي بعض الأفكار الانتحارية ولكني لن أقوم بتنفيذها 2- أرغب في قتل نفسي 3- سأقتل نفسي إذا توفرت لي الفرصة السانحة لذلك
0- لا أبكي أكثر من المعتاد 1- أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد 2- إنني أبكي طيلة الوقت هذه الأيام 3- لقد كانت لدي قدرة على البكاء ولكنني في هذه الأيام لا أستطيع البكاء مع أنني أريد ذلك
0- لا أشعر في هذه الأيام بأنني سريع الغضب أكثر من المعتاد 1- أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر من المعتاد هذه الأيام 2- أشعر بسرعة الاستثارة طيلة الوقت في هذه الأيام 3- أحس بان مشاعري قد تبدلت ولم يعد شيء يغضبني
0- لا أشعر بأنني قد فقدت اهتمامي بالناس الآخرين 1- أصبحت أقل اهتماماً بالناس الآخرين مما كنت عليه 2- فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين 3- فقدت كل اهتمامي لي بالناس الآخرين
0- أقوم باتخاذ قراراتي على أفضل ما أستطيع القيام به 1- أميل إلى تأجيل اتخاذ القرارات أكثر مما كنت أفعل عادة 2- أصبحت أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرار عما قبل 3- لم تعد لدى أية قدرة على اتخاذ قرارات في هذه الأيام

0- أشعر بأن مظهري مناسب كما كان عادة 1- يزعجني الشعور بأنني كهلاً أو غير جذاب 2- أشعر أن هنالك تغيرات دائمة تطرأ على مظهري تجعلني أبدو غير جذاب 3- أعتقد بأنني أبدو قبيحاً
0- أستطيع العمل بنفس الكفاءة كما كنت أفعل عادة 1- أحتاج إلى جهد إضافي كي أبدء العمل في أي شيء 2- علي أن أحث نفسي بشدة كي أقوم بعمل أي شيء 3- لا أستطيع عمل أو أنجاز أي شيء على الإطلاق
0- أستطيع النوم جيداً كالمعتاد 1- لا أنام جيداً كالمعتاد 2- أستيقظ من النوم أبكر بساعة أو ساعتين من المعتاد ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم 3- أستيقظ من النوم أبكر بساعات عديدة من المعتاد ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم
0- لا أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد 1- أصبحت أتعب أكثر من المعتاد 2- أصبحت أتعب من عمل أي شيء تقريباً 3- أنا متعب جداً لدرجة لا أستطيع معها عمل أي شيء
0- شهيتي للطعام هي كالمعتاد 1- شهيتي للطعام ليست جيدة كما هي عادة 2- شهيتي للطعام سيئة جداً هذه الأيام 3- ليست لدي شهية للطعام على الإطلاق في هذه الأيام

0- لم أفقد كثيراً من وزني مؤخراً أو بقي وزني كما هو 1- فقدت من وزني حوالي 2 كغم 2- فقدت من وزني حوالي 4 كغم 3- فقدت من وزني أكثر من 6 كغم
0- ليس لدي انزعاج يتعلق بصحتي أكثر من المعتاد 1- إنني منزعج بشأن المشكلات الصحية مثل آلام المعدة أو الإمساك أوالآلام والأوجاع الجسمية عامة 2- إنني متضايق من المشكلات الصحية ومن الصعب أن أفكر في شيء آخر 3- إنني قلق للغاية بسبب وضعي الصحي بحيث لا أستطيع التفكير في أي شيء آخر
0- لم ألحظ أية تغيرات تتعلق في اهتماماتي الجنسية 1- أصبحت أقل اهتماماً بالأمور الجنسية مما كنت عليه من قبل 2- اهتمامي قليل جداً بالأمور الجنسية في هذه الأيام 3- فقدت اهتماماتي بالأمور الجنسية تماماً

PSYCHOLOGICAL HEALTH,ANXIETY, AND DEPRESSION AMONG UNKOWN PARENTAGES IN THE UNITED ARAB EMIRATES

By

Moza Ali Al-Nuaimi

Supervisor

Dr.Yousef Abd Al Wahab Abuhmaidan, Prof

ABSTRACT

The Purpose of this study was to investigate the levels of Mental Health, Anxiety and Depression among Unknown Parentage in The United Arab Emirates Based on some demographic variables (Gender).

The sample consisted of (73) individuals who lives in Dar Zayed for Family Care, in Alean and Abu Dabi. Tools used in this study were Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) , and General Health Questionnaire (GHQ).

Result showed that individuals have increased levels of Anxiety and Depression(moderate to severe) among sample, which was (28.7%) from individuals have moderate to severe Depression and (61.6%) have moderate to high levels of Anxiety. furthermore, there are (1.4%) from non parentage have low levels of Mental Health and its dimensions (Psychosomatic dimensions(6.9%) freedom from Anxiety(19.2), efficiency of Social Functions(16.4%) and Freedom from severe Depression(8.2%)). Results also showed that differences in means of Mental Health and its Dimensions (psychosomatic, freedom from Anxiety and efficiency of Social Function) were significant between Males and Females. According to Anxiety and Depression the result did not show significant differences Between males and females.

Current study recommends future research related to Unknown parentage individuals in the United Arab Emirates that looks at others variables.